Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 48. 27. listopada 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

JÓZEF BABIŃSKI

1857—1932

Józef Babiński, syn rodziców polskich, życie swe całe spędził we Francji, tam się kształcił i w Paryżu wyrobił sobie stanowisko przodujące w świecie lekarskim. Był więc węzłami ducha i zewnętrznemi związany z Francją, której wszystko zawdzięczał i której wzajem oddał na usługi swą wiedzę i wielkie zdolności. Równocześnie nie zapominał o swem pochodzeniu i stale utrzymywał stosunki z polskim światem neurologicznym. Koło Niego kupili się lekarze polscy chcący obeznać się z neurologją, wśród nich był nieodżałowanej pamięci Jarkowski, któremu B. na wygnaniu paryskiem wyszukiwał źródła zarobku, związał go ze sobą, pracując z nim naukowo aż do śmierci Jarkowskiego, umożliwił mu wogóle karjerę. W r. 1910 Babiński należał do organizatorów Zjazdu neurologów polskich w Warszawie i uczestniczył w nim jako przewodniczący honorowy. Był to w okresie niewoli jedyny, pod zaborem rosyjskim, zjazd ogólny lekarzy polskich i miał z tego powodu także doniosłe znaczenie polityczne. Do podniesienia jego znaczenia naukowego niemało przyczyniła się obecność Babińskiego, który już wówczas nosił jedno z najświetniejszych w Europie nazwisk naukowych. Babiński był współredaktorem Neurologji Polskiej od czasu jej założenia i umieszczał w niej przed wojną swoje prace. Ten uczony o dwoistej przynależności narodowej jest nam przeto uczuciowo bliższy, bo — Polak z krwi — także częścią swego ducha był związany z nami.

Działalność Babińskiego należy określić jako monumentalną. Znaczna część Jego prac pozostanie w neurologji, jako Jego trwała dla nauki zdobycz, z nazwiskiem Jego związana na zawsze. Poza tą działalnością nazewnątrz, Babiński miał wpływ niezmierny na ludzi epoki, w której działał i których dzięki swej sugestyjnej indywidualności urabiał. Zczasem o tem pamięć zaginie, bo ta część działalności Babińskiego, Jego bezpośredni wpływ na ludzi i zebrania towarzystw naukowych, w literaturze z natury rzeczy nie mogły po sobie pozostawić śladu. Żeby zrozumieć rolę, jaką odegrał ongiś Babiński, trzeba zrozumieć epokę, na którą przypada początek Jego pracy. Pod wpływem Charcota, który ostatnie lata swego życia poświęcił niemal zupełnie gromadzeniom zespołów histerycznych i ich analizie, neurologowie owego czasu przeważnie zajmowali się histerją, a w salach chorych histerycy stanowili wtedy główny zastęp. Przybywało ich coraz więcej z najrozmaitszemi, coraz nowemi, cudacznemi nieraz zespołami chorobowemi. W miarę jak wzmagało się zainteresowanie przypadkami histerji i mnożyły wyleczenia, rosła liczba chorych. Gdy na każdem innem polu medycyny wraz z poznaniem istoty choroby i ulepszaniem leczenia, zastęp chorych się zmniejsza, tutaj ujawniało się rozprzestrzenianie choroby, dochodzące do ognisk epidemicznych np. w szkołach. B. był pierwszym, który uchwycił przyczynę tego zjawiska i położył tamę zalewowi histerji. Wykazał, że rozplenianie histerji zależy wyłącznie od zainteresowania się jej objawami, że samo badanie, doszukiwanie się objawów, objawy te chorym narzuca przez sugestję, że w miarę obserwacji przez lekarza pewnego objawu, objaw ten utrwala się u chorego, rozwija, niejako udoskonala. Histerycy tworzą objawy samorzutnie, lecz jako podatni na sugestje dodają do tego objawy, na jakie ich naprowadził lekarz mimowoli, czy przez nieodpowiedni sposób badania chorych tego pokroju („czy pan czuje jednakowo ukłucia po obu stronach ciała"?), czy też przez uwagi wymieniane głośno z innymi lekarzami na temat cierpienia i objawów, jakie powinny się znaleźć. Z tą chwilą, gdy B. stwierdził, że głównem źródłem objawów histerycznych jest naśladownictwo, sugestja własna chorych, oraz płynąca ze środowiska szpitalnego i ze sposobów badania lekarskiego, gdy udowodnił, że znaczna część szczególnie uderzających objawów, jak wrzody, gorączki, zaburzenia naczynioruchowe lub wynaczynienia, są często wprost oszustwami chorych, chcących bardziej zwrócić na siebie uwagę ordynatorów, i że wobec objawów histerycznych najwięcej pomaga kontrsugestja z równoczesnem zaniedbywaniem objawów chorego, z tą chwilą histerja neurologiczna poczęła ze szpitali paryskich znikać. Obecnie przykurcze, porażenia, hiperkinezy i ataki histeryczne stały się wszędzie taką rzadkością, że nieraz z trudem przychodzi znalezienie odpowiedniego przypadku do pokazu studentom, a niektóre zespoły wogóle się nie zdarzają np. słynny w dawnem piśmiennictwie *spasme glosso-labial*, porażenia histeryczne oczu i t. p.

W owej masie histeryków tonęły przypadki chorób organicznych, uważane za histerje, ponieważ rzeczywiście nieraz zakażały się histerją w niezwykle rozhisteryzowanem środowisku, albo poprostu dlatego, że i te cierpienia ulegały wahaniom przebiegu, nagłym zmianom na gorsze lub na lepsze, co np. w stwardnieniu rozsianem początkowych okresów nie należy do rzadkości, więc w owym czasie, gdy wszędzie doszukiwano się histerji, odnoszone były z tej racji do histerji, jako do choroby zasadniczej. W tym to czasie jeszcze dość mało wiedziano o chorobach organicznych, a podstawy semjologji np. w zakresie odruchów fizjologicznych tak niedostatecznie były opracowane, że lekarz wobec większości trochę niejasnych przypadków stawał bezradny i jeśli wprost nie rozpoznawał histerji, w każdym razie brał ją poważnie w rachubę w rozważaniach rozpoznawczych. Pod tym względem stan rzeczy przypominał erę przed odkryciem Wassermanna i nakłucia lędźwiowego, kiedy to neurolog nigdy nie mógł na pewno wykluczyć kiły jako powodu choroby. Babiński w szeregu prac zdobył dla neurologji objawy niewątpliwe dla zaburzeń o podłożu anatomicznem. Zaczynając od ogłoszenia swego objawu paluchowego, który z tego właśnie powodu zrobił Babińskiego odrazu głośnym, bo jest on wykładnikiem bezwzględnie pewnej zmiany w przewodzeniu toru piramidowego (1896), opracował Babiński zkolei objawy organiczne porażenia połowiczego i obu głównych typów porażeń poprzecznych *(paraplégie en flexion, paraplégie en extension)*. Tutaj należą z najważniejszych: objaw wachlarza, pronacyjny, o. mięśnia szyjnego, *mouvement combiné de flexion de la cuisse et du tronc*, oraz odruchy obronne. Równocześnie B. ustalił, że odruchy ścięgnisto-okostnowe kończyn dolnych i górnych są zjawiskami stałemi i że różnica nasilenia stron lub ich brak zawsze są patologiczne. Odtąd rozporządzamy ścisłemi, przedmiotowemi wskazówkami, dzięki którym możemy w większości przypadków — wyjątek stanowią niektóre zespoły pozapiramidowe — rozpoznać chorobę organiczną, a wyłączyć histerję — i naodwrót.

Mniej więcej w tym czasie B. stwierdza (1899, Erb w 1900), że brak odruchów źrenicznych, zwłaszcza na światło, jest patognomoniczny dla kiły układu nerwowego i że brak odruchów Achillesa, jako objaw wiądu rdzenia, jest równie ważnem zdarzeniem jak brak odruchów kolanowych. Obecnie wiemy, że od pierwszej reguły zdarzają się wyjątki, niemniej prawo Babińskiego jest z tem zastrzeżeniem jedną z kardynalnych zasad rozpoznawczych w medycynie, która na szereg lat przed wprowadzeniem próby Wassermanna pozwalała w pewnej grupie przypadków rozpoznanie nieomylne kiły układu nerwowego.

Z pracami nad odruchami wiąże się stwierdzenie przez Babińskiego braku odruchu Achillesa w części przypadków rwy kulszowej i to tych, którym prawdopodobnie towarzyszą zmiany anatomiczne w nerwie. Na lata 1899 do 1913 przypadają prace Babińskiego, które tworzą całokształt symptomatologji schorzeń móżdżka z głównemi objawami hipermetrji, adiadochokinezy i asynergji.

Wszystkie dotąd omówione prace weszły w zrąb neurologji praktycznej. Semjologja stworzona przez Babińskiego stała się nieodłączną częścią arsenału wiedzy neurologów, z których najmłodsi może nawet czasem nie wiedzą, że poznanie znaczenia patologicznego tych objawów medycyna zawdzięcza odkryciom Babińskiego.

Pokrótce przejdę inne, mniej znane, prace Babińskiego. Jego zasługą było, że pierwszy zajął się badaniem labiryntu, prze-

czuwając, jakie znaczenie może mieć dla neurologji określenie jego sprawności. Sposób badania prądem galwanicznym okazał się praktycznie mniej dogodnym od metody kalorycznej Barany'ego, ogłoszonej w 5 lat później, mimo to metoda Babińskiego jako uzupełniająca badanie narządu przedsionkowego, ma nadal swoje znaczenie.

W r. 1900 na rok przed pracą Fröhlicha B. przedstawił chorego z guzem przysadki i ze zwyrodnieniem tłuszczowo-płciowem. Na lata 1905 i 1906 przypadają pokazy Babińskiego, na podstawie których przedstawił ściśle symptomatologję najczęstszych ognisk naczyniowych występujących w rdzeniu przedłużonym (zespół Babińskiego-Nageotte'a).

Badania nad t. zw. inwersją odruchów podały wskazówki co do ściślejszego umiejscowienia ognisk chorobowych w rdzeniu np. inwersja odruchu z kości promieniowej polegająca na tem, że zamiast zgięcia w łokciu, będącego zasadniczą częścią odruchu, pojawia się zgięcie palców, wskazuje na ognisko w 5 odcinku szyjnym rdzenia, zazwyczaj jamę, która nie rozprzestrzenia się poniżej odcinka siódmego.

Wiele prac Babińskiego, wspólnie z Jarkowskim wydanych, dotyczy granicy górnej i dolnej nowotworów uciskających rdzeń. Prace te umożliwiały ścisłe wskazanie chirurgowi miejsca, w którem należy wykonać zabieg. Od czasu wprowadzenia w tym celu lipjodolu przez Sicarda, określenie miejsca ucisku stało się sprawą niemal mechaniczną i aż nazbyt ułatwioną, prowadząc nieraz do lekceważenia objawów neurologicznych, omyłek i niepotrzebnych operacyj (zatrzymanie lipjodolu w stwardnieniu rozsianem, w jamistości, w zapaleniach rdzenia i opon). To też B. nieraz przestrzegał przed przecenianiem wyników lipjodolowych i zaniedbywaniem solidnego badania klinicznego i solidnego myślenia. Wreszcie niepodobna pominąć interesujących studjów Babińskiego nad połowiczym kurczem twarzowym, nad anosognozją, zaburzeniem polegającem na tem, że chorzy dotknięci porażeniem połowiczem, chociaż umysłowo normalni, nie zdają sobie sprawy ze swego porażenia (przedtem znano tylko agnozję własnej ślepoty), wreszcie prac nad odruchami hiperalgetycznemi w zespole Brown-Sequarda i w porażeniu połowiczem.

Babiński był także wielkim terapeutą, który najuporczywiej z pośród neurologów świata, trwał przy zapatrywaniu, że wiąd, jako chorobę syfilityczną, trzeba wytrwale leczyć środkami przeciwkiłowemi. Zapatrywanie to dopiero po odkryciu Noguchiego zdobyło sobie ogół neurologów. Pierwszy we Francji, pokusił się B a b i ń s k i o operowanie chorego z guzem uciskającym rdzeń, on też najusilniej przeprowadzał myśl operowania guzów mózgu mimo cierpkich zawodów, które zaznaczyły pierwsze poczynania w tym kierunku. Pod jego wpływem wykształcił się w neurochirurgji de Martel i przedzierzgnął w chirurga z neurologa Clovis-Vincent tak, że obecnie chirurgja układu nerwowego stoi we Francji niemal na wyżynie amerykańskiej, a Paryż stał się Mekką, do której z innych krajów neurolodzy skierowują do operacji chorych z guzami mózgu. Od r. 1906 Babiński stosował naświetlania rentgenowskie w sprawach uciskowych rdzenia.

Ostatnią z większych prac Babińskiego jest książka wydana wspólnie z Froment p. t. *Hystérie — Pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en neurologie de guerre* (1918). W książce tej zajął się uporczywemi przykurczami występującemi po urazach, nieraz błahych, na częściach kończyn czasem odległych od miejsca zadziałania urazu. Przykurcze te idą w parze z dokuczliwemi bólami kauzalgicznemi, z zaburzeniami odruchów, pobudliwości mechanicznej, elektrycznej, odżywczemi, naczynioruchowemi i zmianą ogólną psychiki w pewnej mierze upodabniającą chorych do histeryków. Cierpienie podmiotowo nadzwyczaj przykre, długotrwałe, ostatecznie wśród stosowania zabiegów fizjoterapeutycznych uleczalne. Często spostrzegane przez neurologów w czasie wojny, obecnie z natury rzeczy rzadsze, obrazy te muszą nadal zdarzać się w praktyce chirurgów. Zaburzenia, które tu występują, tłumaczył Babiński w ten sposób, że uraz trafia w czuciowe włókna sympatyczne, których podrażnienie przenosi się na rdzeń wywołując odruchowo cały korowód tych t. zw. fizjopatycznych zaburzeń i to w miejscach, które niekoniecznie muszą się pokrywać z okolicą urazu. Ta mało znana i niedoceniana praca Babińskiego-Fromenta jest jedną z pierwszych, które dotyczą patologji obwodowego i rdzeniowego układu sympatycznego. Spostrzeżenia i poglądy Babińskiego rozwinięte tutaj mogą znaleźć zastosowanie przechodzące zakres przypadków, któremi w tej pracy się zajmował. I tak np. przeniesione w dziedzinę zmięknienia kości tłumaczą zespół przykurczowo-porażny cechujący tę chorobę, którego dotąd żadna teorja nie umiała wyjaśnić. Prawdopodobnie proces zmięknienia doprowadza do podrażnienia zakończeń sympatycznych w okostnej i stąd powstaje odruchowo zespół fizjopatyczny zmięknienia: przykurcze, niedowłady, wygórowanie odruchów i t. p.

Tajemnicą twórczości Babińskiego była nieomylnie trafna spostrzegawczość. Pisał prace krótkie, w jasnem, zwięzłem ujęciu, starając się w przesadnym nawet krytycyzmie wobec siebie, nie ominąć żadnego zarzutu, któryby można przeciwstawić myśli zasadniczej danej pracy. Dochodził do odkryć na podstawie jednego, kilku, rzadko kilkunastu spostrzeżeń. Całą symptomatologję móżdżkową B. oparł na szczegółowem i długotrwałem spostrzeganiu jednego chorego, do tego cierpiącego na guz móżdżkowy. Jak mi śp. J a r k o w s k i opowiadał, B a b i ń s k i zauważywszy swój objaw paluchowy u chorego z niewątpliwie organicznem porażeniem, przebadał na ten objaw kilkudziesięciu chorych w ciągu kilku dni i odrazu rozstrzygnął, że kilkunastu z tych chorych z dodatnim objawem cierpi na zaburzenie w drogach piramidowych, a reszta chorych to albo histerycy albo cierpiący na porażenia inne, niepiramidowego pochodzenia. Koło spostrzeżeń Babińskiego, nagłych, niespodzianych, czasem jak błyskawica rażących, zaraz tworzyła się literatura. Pobudzał, zapładniał, żywił swemi ideami rzesze. Na skromnem stanowisku ordynatora szpitala wytrzymywał rywalizację takich niepospolitych współczesnych na terenie paryskim jak Pierre Marie, Déjérine i Sicard, a wpływ Jego bezpośredni na ludzi był tak wielki, że zwyciężał nawet wtedy, gdy się mylił. Taką omyłką Babińskiego są Jego poglądy w histerji. Błąd ten o wiele mniej zaciążył na całokształcie jego działalności, niż ongiś na jego mistrzu, Charcot'ie, którego drogi Babiński prostował. Stanowisko Babińskiego jako terapeuty wobec histerji okazało się praktycznie słuszne i ugruntowało Jego popularność. W walce z objawami histerycznemi zwyciężał, nie pokonywując jednak choroby. Jego zasadnicze zapatrywanie, że objawy histeryczne zależą wyłącznie od sugestji, nie wyczerpuje istoty histerji. Nawet o ile chodzi o same objawy, coraz bardziej, dzięki pracom Papastratigakisa, Pieńkowskiego, Marinesca i innych przyjmuje się pogląd, że polegają one na rozhamowaniu podkorowych mechanizmów ruchowych, więc wprost od woli chorego nie zależą. Objawy odżywcze, naczynioruchowe i t. p. mogą istotnie zdarzać się w histerji i co do tego nawet ze stanowiska Babińskiego odpadają wątpliwości, bo czasem udowodniono ich powstawanie i leczenie się pod wpływem sugestji. W każdym razie z nauki Babińskiego dwie prawdy pozostają na trwałe. Niewątpliwie sugestja stanowi najistotniejsze źródło powstawania objawów histerycznych. Powtóre t. zw. stygmaty, znamiona histeryczne, na których podstawie szkoła Charcot'a odgraniczała histerję od chorób organicznych, nie mają żadnego znaczenia rozpoznawczego. Do takich znamion zaliczano znieczulenie gardła i krtani, brak objawów rogówkowych, znieczulenie połowicze, zwężenie pola widzenia, wielowidzenie jednooczne, uczucie gwoździa w głowie i t. p., obecnie nikt w to nie wątpi, że część stygmatów zdarza się także w innych nerwicach, że niektóre mogą istnieć u ludzi zdrowych (np. odruchy spojówkowe i gardzielowe czasem można opanować wolą) i że większość z nich tworzy się w miarę badania u ludzi nerwowych, nużliwych lub sugestyjnych, więc także u histeryków. Nie są to objawy istotnie znamionujące histerję, lecz wytwory sztuczne procederu egzaminacyjnego.

Od kilku lat B a b i ń s k i nie zabierał głosu w prasie, ani na posiedzeniach towarzystw lekarskich. Podupadał na zdrowiu. Mimo to do niedawna jeszcze przyjmował chorych. Polacy, którzy w ostatnim czasie przyjeżdżali do Niego o poradę, nie mieli słów uwielbienia i wdzięczności dla tego starca 75 letniego, który mimo widocznej choroby nie szczędził im czasu i trudu, a w trudnych przypadkach sam ich ponownie przyzywał i poddawał bezinteresownie kontrolnemu badaniu. Wiadomość o śmierci Babińskiego poruszy głęboko serca Jego pacjentów rozprószonych w całym świecie, bo tak rozległy był zasiąg kultu dla Niego. Przed świeżą mogiłą, kryjącą Jego zwłoki w Paryżu, kornie schylają się głowy całego świata lekarskiego, bo ubył jeden z twórców, który darami Swego ducha podniósł medycynę i neurologję na wysoki poziom.

Orzechowski.

A. GRADZIŃSKI. Kraków.
Wł. STRYJEŃSKI. Kobierzyn.

O opiece pozazakładowej nad psychicznie chorymi na terenie miasta Krakowa.

Gdy mowa o opiece nad psychicznie chorymi należy mieć zawsze na myśli opiekę zorganizowaną pod zawodową kontrolą psychjatryczną. W dziejach tej opieki wysunęła się na czoło opieka nad psychicznie chorymi w zakładach o charakterze zamkniętym, gdyż odpowiadało to zamierzeniom, jakie tą opieką kierowały i kierują. W rozwoju tym dadzą się bowiem wykazać dwie zasady, które bądź równolegle wpływ swój wywierają, bądź też się wzajemnie zwalczają. Jedną jest obrona społeczeństwa (rodziny, porządku prawnego i t. p.) przed istotnem lub rzeczywistem zagrożeniem ze strony psychicznie chorego, co w następstwie parło do odosabniania tych chorych, by ich unieszkodliwić. Odosobnienie to, przeprowadzane zrazu w sposób więzienny lub przytułkowy, zczasem przeobraziło się przez utworzenie zakładów o typie szpitalnym, w których ta druga z omawianych zasad, a mianowicie idea humanitarna, idea opieki nad „nieszczęśliwymi" ludźmi, zbliżyła opiekę psychjatryczną do celów czysto lekarskich, lecznictwa psychjatrycznego, które ma z natury rzeczy na celu przedewszystkiem leczenie chorej jednostki niezależnie od sprawy obrony ogółu. Jednakże nie wymagająca bliższego uzasadnienia odrębność choroby psychicznej w jej skutkach socjalnych wytworzyła różne urządzenia prawne jak ubezwłasnowolnienie z opieką sądową nad ubezwłasnowolnionym, głównie o ile chodzi o jego majątek, osobne ustawy regulujące i kontrolujące odosobnianie w zakładach zamkniętych i t. p. Nie można twierdzić, by ustawodawstwo zabezpieczało w praktyce zawsze interesy psychicznie chorego z przyczyn, których tu omawiać nie będziemy. Organy prawne opiekują się mieniem chorego psychicznie, lecz poza tem rzadko interesują się jego osobą. Przedstawia on bowiem jako indywiduum zbyt małą wartość w opinji społeczeństwa, by nieraz „rozsądne" i uzasadnione jego życzenia znalazły oddźwięk, zrozumienie i zaspokojenie. Rolę opiekuna obejmuje osoba wyznaczona przez sąd bądź z rodziny bądź obca, nie zawsze mająca chęć, umiejętność lub możność pokierowania właściwie losem chorego tak w jego interesie, jak też ogółu. Zakłady nie mogą z racji swej pojemności ani też nie zachodzi potrzeba, by obejmowały w opiekę zakładową wszystkich chorych psychicznie na pewnem terytorjum i duża część chorych pozostaje poza zakładami stale, inni nie mogą w nich znaleźć miejsca, istnieje wreszcie szereg chorych zwalnianych z zakładów, gdy z powodu mniej lub więcej wydatnego polepszenia nie wymagają leczenia zakładowego. Szukano zatem formy opieki, któraby z punktu widzenia interesu zdrowia chorego jak też gwoli odciążenia przepełnionych zakładów, dawała możność roztaczania nad rekonwalescentem lub chorym nieszkodliwym, kontroli fachowej i umożliwiła stopniowo powrót do normalnego życia w społeczeństwie. Już dawniej urzeczywistniono te wymogi przez tak zwaną opiekę rodzinną. A więc istniejąca już kilkaset lat rodzinna opieka w sławnej kolonji dla psychicznie chorych w G h e e l (Belgja), gdzie większa ilość chorych skupionych na terytorjum kolonji pod opieką dawno osiadłych rodzin, których jest to trwałem zadaniem, stoi pod kontrolą psychjatryczną (system koncentracyjny). Przeciwieństwem tego systemu jest system rozpraszania chorych w obcych rodzinach na większem terytorjum (system dyspersyjny, szkocki). Wreszcie może Zakład sam umieszczać chorych u rodzin w swem pobliżu i pod swą kontrolą, gdzie chorzy niejako stanowią doczepkę zakładu (system adneksyjny, niemiecki). Te ostatnie formy we wielu miejscach dobrze się rozwijające doznały przez wojnę przeważnie przerwy, lecz po wojnie zpowrotem je wprowadzono jednak już nie tak intensywnie. Natomiast rozpowszechnia się zapoczątkowana już częściowo przed wojną, lecz dopiero w ostatnim dziesiątku lat intensywnie się rozwijająca zorganizowana opieka pozazakładowa obejmująca nietylko chorych umieszczonych w rodzinach obcych, lecz wogóle możliwie dużą ilość chorych zamieszkałych na pewnem terytorjum. Ruch ten we wielu krajach silnie się rozwija, o czem świadczą liczne sprawozdania a przedewszystkiem dzieło inicjatorów tej opieki w Niemczech R o e m e r a, K o l b a, F a l t h a u s e r a p. tyt.: *Die offene Fürsorge in der Psychiatrie.* Zagadnienie opieki pozazakładowej zostało objęte przez tak zw. *Mental Hygiene movement* wprzód w Ameryce, potem również na kontynencie europejskim, organizację obejmującą zagadnienia nietylko zapobiegania lecz i opiekę nad psychicznie chorymi w zakładach i poza zakładami. Ciekawe dzieje tego ruchu higjeny psychicznej wymagałyby osobnego omówienia. Zajmującym się tem zagadnieniem zwracamy uwagę na niedawno wydane dzieła jak: *Handwörtebuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge* (B u m k e, K o l b, R o e m e r, K a h n), *Leitfaden der psychischen Hygiene* (Praca zbiorowa pod redakcją E. Stransky'ego). I u nas nie brakło głosów szczególnie na Zjazdach Psychjatrów Polskich omawiających tak sprawę opieki w obcych rodzinach jak wogóle opieki pozazakładowej. Istnieją również zapowiedzi zapoczątkowania w formie organizacyjnej ruchu higjeny psychicznej i przyłączenia go do światowej organizacji w tej dziedzinie. Stworzona została opieka pozazakładowa na terenie miasta Warszawy przez Towarzystwo pomocy chorym psychicznie i Szpital Psychjatryczny Jana Bożego. Potrzebę stworzenia szeroko zakrojonej opieki nad psychicznie chorymi poza zakładami odczuwają z natury rzeczy przedewszystkiem lekarze pracujący w szpitalach. Spotykają się oni bowiem codziennie z tą ogólną dążnością do stawiania psychicznie chorych, nawet po wyzdrowieniu poza nawias społeczeństwa. Widzimy często, że chorzy opuszczający Zakład w stanie znacznego nieraz polepszenia zdrowia lub też nieszkodliwi chronicy, mogący nieraz wykonywać pożyteczną pracę, natrafiają na warunki społeczne, które doprowadzają w krótkim nieraz czasie do usunięcia ich ze środowiska „zdrowych" z powrotem do Zakładu. Powody tego tkwią nieraz nie „w wewnątrzpochodnych" pogorszeniach sprawy chorobowej lecz w „normalnych" reakcjach, jeżeli się można tak wyrazić, chorego na niewłaściwe warunki bytu. Do tych niewłaściwych warunków należą: nieodpowiednie obchodzenie się z chorym z powodu złej woli, małowartościowości moralnej lub umysłowej otoczenia, zerwanie powiązań uczuciowych, jakie wzajemnie łączyły chorego z rodziną, *„ressentiment"* za doznane poprzednio od chorego krzywdy, wreszcie ciężkie warunki ekonomiczne, niemożność znalezienia pracy odpowiedniej; w walce z temi czynnikami były chory zakładowy, noszący nieraz piętno „warjata" jest zawsze słabszym i zostaje pokonany. Wywiady, które zbieramy przy ponownem przyjmowaniu chorych do Zakładów dają wiele przykładów na słuszność powyższych twierdzeń. Tutaj musi właśnie wkroczyć czynnik lekarsko-społeczny w zorganizowanej opiece pozazakładowej. Opieka ta przybiera różne formy organizacyjne: może ona być związana ze szpitalem lub zakładem, może istnieć niezależnie od jednostek szpitalnych, wreszcie może być cząstką ogólniejszej opieki społecznej. W różny też sposób bywa rozwiązywana. Zasadą jednak jest wszędzie istnienie pewnego ośrodka, w którym opieka się skupia. Takiemi ośrodkami są poradnie. Jak wyżej wspomnieliśmy w różnych krajach mimo obaw i oporu pewnych czynników, opieka pozazakładowa rozwija się wydatnie. Złożyło się na to szereg przyczyn, z których jako ważniejsze wymienimy:

1) Opieka pozazakładowa odciąża przepełnione zakłady psychjatryczne. 2) Zbiega się ona ze współczesnemi poglądami teoretycznemi i tendencjami praktycznemi psychjatrji, które wykazują, że dla pewnych chorych oraz w pewnych okresach choroby *(schizophrenia)* pobyt w Zakładzie nie jest nietylko wskazany ale może być wręcz szkodliwy. 3) Opieka pozazakładowa wciąga w sferę swego działania osobników z t. zw. pogranicza zdrowia i choroby, którzy zazwyczaj nie trafiają wogóle pod opiekę psychjatryczną. Tego rodzaju typy z racji konstytucyjnych właściwości ujawniających się nieraz antysocjalnie stanowią pewną część przestępców, włóczęgów i t. p. Działalność socjalno-psychjatryczna może w pewnej mierze działać tutaj profilaktycznie i utrzymać tych osobników w ramach socjalnych. 4) Opieka pozazakładowa może przy wzajemnem zrozumieniu zadań ułatwić działalność wszelkich czynników, które czy to ustawowo, czy też statutowo zajmują się opieką społeczną. Ustawy w zakresie opieki społecznej obowiązujące w Polsce dają bowiem możność dotychczas niewyzyskaną należycie, do wykorzystania postanowień tych ustaw dla opieki pozazakładowej. Ustawa z dnia 16. sierpnia 1923 (O opiece społecznej) stanowi w 1. art.: Opieką społeczną w rozumieniu niniejszej ustawy jest zaspakajanie ze środków publicznych niezbędnych potrzeb życiowych tych osób, które trwale lub chwilowo własnemi środkami materjalnemi lub własną pracą uczynić tego nie mogą, jak również zapobieganie wytwarzania się stanu powyżej określonego. Art. 2. określający zakres opieki społecznej wymienia w szczególności c) opiekę nad starcami, inwalidami, kalekami, nieuleczalnie chorymi, upośledzonymi umysłowo i wogóle nad niezdolnymi do pracy, f) walkę z żebractwem, włóczęgostwem, alkoholizmem i nierządem. Sądzimy, że pod powyższe kategorje wbrew odmiennemu tłumaczeniu, jakie tu i ówdzie usiłuje się stosować, bardzo łatwo podciągnąć psychicznie chorych, ozdrowieńców i t. p. Argument wysuwany, że opieka nad psychicznie chorymi jest sprawą wyłącznie lekarską nie wytrzymuje krytyki, gdyż pomocy lekarskiej potrzebuje również starzec, kaleka, nieuleczalnie chory, a ustawa wymienia *expressis verbis* upośledzonych umysłowo. Istnieją zatem wyraźne podstawy ustawowe dla żądania pomocy finansowej dla opieki pozazakładowej od organów obowiązanych (związki komunalne, miasta wydzielone) jednak powodzenie jakiejkolwiek akcji w tym zakresie zależnem jest od stopnia zrozumienia jej przez czynniki powołane oraz przedewszystkiem od środków finansowych. Rutynizm i konserwatyzm, który należy przezwyciężyć, idzie chętnie utartemi drogami najmniejszego oporu t. j. do oddawania

„umysłowo upośledzonego“ w opiekę zakładową pod lada pozorem. Dochodzi tutaj inna trudność. O ile w miastach opieka pozazakładowa ma lepsze warunki rozwoju ze względu na zwartość terytorjum, rozbudowę i lepsze zrozumienie opieki społecznej, to na prowincji sprawa jest o wiele trudniejsza. Zakłady psychjatryczne, w których tego rodzaju akcja mogłaby sięześrodkowywać mają tak duży zasiąg terytorjalny, że niezależnie od środków finansowych oparcie się o nie, jako o ośrodki, wydaje się technicznie niewykonalne. Brak jest również na prowincji odpowiednio wyszkolonych lekarzy specjalistów, którzyby mogli opiekę pozazakładową kontrolować. Możnaby się oprzeć na ośrodkach zdrowia powiatowych czy też miejskich, które z pomocą wyłonionych z Towarzystwa opieki nad psychicznie chorymi oddziałów, przeprowadziłyby akcję opiekuńczą nad psychicznie chorymi.

W małych ośrodkach możnaby się przytem oprzeć na pewnego rodzaju mężach zaufania względnie na instytucji opiekunów społecznych. Projekt takiej organizacji na prowincji da się uskutecznić jedynie po latach usilnej propagandy wśród wszelkich czynników ustawowych i społecznych. Podkreślić musimy, że opieka pozazakładowa nie przeciwstawia się ani też nie może zastąpić w pewnych razach opieki zakładowej i dostateczna ilość miejsc w zakładach jest nieodzownym warunkiem dobrego funkcjonowania opieki pozazakładowej. Te dwa rodzaje opieki muszą się wzajemnie uzupełniać. Chociaż w tem sprawozdaniu mówimy głównie o opiece pozazakładowej, to jednak musimy z naciskiem zaznaczyć, że celem, do jakiego dąży ten rodzaj opieki, są wprawdzie między innemi względy oszczędnościowe i odciążenie zakładów, to jednak nie zwalnia to wszystkich czynników zainteresowanych od rozbudowy szpitalnictwa psychjatrycznego do takiej normy, jaka jest konieczna, by każdej jednostce chorej psychicznie lub nerwowo dać możność w razie potrzeby racjonalnego leczenia a równocześnie społeczeństwo ochronić od takich chorych, którzy mogą być istotnie niebezpieczni. A braki w tej dziedzinie są duże nietylko ilościowo ale i jakościowo. Jeżeli chodzi bowiem o nasze województwo i jego stolicę, to brak nam minimalnie 1000 miejsc dla psychicznie chorych, a w dodatku opieka szpitalna jest za mało zróżnicowana. Do naszych jednostek szpitalnych psychjatrycznych trafiają bez jakiejkolwiek podniety psychicznie chorzy, narkomani, psychopaci, neurotycy, umysłowo niedorozwinięci, niedołężni psychicznie czyto na skutek niedorozwoju czy też organicznego schorzenia układu nerwowego, gdy tymczasem z różnych względów należałoby stwarzać dla niektórych z powyższych grup osobne zakłady.

Największą jednak bolączką jest brak na naszym terenie możliwości leczenia szpitalnego czy też zakładowego niedorozwiniętych oraz psychicznie chorych dzieci i młodocianych. Sądzimy, że brakowi temu możnaby zaradzić nawet przy dzisiejszych trudnych warunkach finansowych niewielkim kosztem.

Po tych wstępnych uwagach przechodzimy do omówienia skromnych doświadczeń na polu opieki pozazakładowej, jakie poczyniliśmy na terenie miasta Krakowa.

Towarzystwo Opieki nad psychicznie chorymi w Krakowie, istniejące od 1927 roku, otwarło w październiku 1929 roku poradnię dla psychicznie chorych, która miała się stać zaczątkiem opieki pozazakładowej na terenie miasta Krakowa, a tem samem przy ścisłej współpracy ze Zakładami psychjatrycznemi miała odciążać i tak już niedostateczne miejsca psychjatryczne. Od chwili otwarcia do kwietnia 1930 r. poradnię prowadził Dyrektor Zakładu w Kobierzynie. W kwietniu 1930 r. poradnia uległa reorganizacji łącznie z rozszerzeniem zakresu działania, powołano stałego lekarza poradni i zaangażowano pielęgniarkę społeczną przy zapewnieniu dalszej współpracy ze strony Dyrektora Zakładu w Kobierzynie.

Lokalu na poradnię udzieliła Kasa Chorych. Poradnia stale jest czynną 2 razy tygodniowo (poniedziałki i czwartki) w godzinach wieczornych (od 18 do 20).

Rozwój poradni w cyfrach przedstawia tablica:

Rok	Ilość przybyłych chorych	Porad udzielono w poradni	Porad udzielono u lekarza	Razem	Wizyty lekarza	Wywiady pielęgniarki	Zasiłki i koszta utrzym. chorych Zł	Koszta utrzymania poradni Zł	Objadów bezpłatnych
1929 1930/31.	63	642	45	687	52	198	2545.81	5318.30	241
1931/32. 12 mies.	43	988	311	1299	91	312	3788.25	4100.55	1930
Razem	106	1630	356	1986	143	510	6334.06	9418.85	2171

Z pośród 106 chorych korzystających z opieki Poradni było 56 mężczyzn, 50 kobiet. Według wyznania było 74 rzym. kat., 2 gr. kat., 30 mojż. Według zawodów chorzy rekrutowali się: urzędników 11 (4 mężczyzn, 7 kobiet), rękodzielników i rzemieślników 25 (19 m. i 6 kob.), zatrudnionych w przemyśle i handlu 11 (10 męż., 1 kob.), z uczniów szkół średnich i wyższych 3 (2 m. i 1 kob.), z robotników i służby 17 (3 m. i 14 kob.), b. oficerów 2 (2 męż.), zakonników 2 (2 kob.), z zawodów wolnych 2 (1 męż. i 1 kob.), zajętych pracą domową 7 (7 kob.), bez zajęcia 23 (13 m. i 10 kob.), dzieci 3 (2 m. i 1 kob.).

Podział według rozpoznania:

	mężczyzn	kobiet	razem
Schizophrenia	30	21	51
Psychosis man. depress.	—	3	3
Paralysis progressiva	3	2	5
Epilepsia	4	3	7
Oligophrenia	—	5	5
Paranoia	1	3	4
Arterioscler. cerebri	1	—	1
Lues cerebri	—	1	1
Status post enceph.	1	1	2
Psychoza mieszana	1	1	2
Psychopatja ustrojowa	5	3	8
Hysteria	1	2	3
Stan depresji	—	2	2
Psychoza sympt.	—	1	1
Alkoholizm przewlekły i przebyte psychozy alkohol.	7	—	7
Narcomania	2	2	4
Razem	56	50	106

Umieszczono w Zakładach psychjatrycznych 8 mężczyzn (6 *schizophrenia*, 1 *epilepsia*, 1 *psychopathica const.*), przejściowo 5 kobiet (1 *paralysis progressiva*, 3 *schizophrenia*, 1 *psych. maniac.-depres.*) z powodu pogorszenia stanu psychicznego. Zmarło 3 chorych (2 mężczyzn, 1 kobieta) 2 *paralysis progressiva*, 1 *hysteria*. W przytułku umieszczono 1 mężczyznę i 1 kobietę. W szpitalach ogólnych z powodu chorób nie psychicznych 6 kobiet, 4 mężczyzn celem przebadania szpitalnego, na oddziele psychjatrycznym 1 kobietę trzykrotnie z powodu chwilowych stanów podniecenia. Kilkanaście razy skierowano chorych do badań ambulatoryjnych na różne kliniki i oddziały szpitalne. Stale dostarczano bezpłatnie lekarstwa 3 chorym na epilepsję, a kilkadziesiąt razy dostarczano bezpłatnie różnych lekarstw. 3-krotnie dostarczono okularów. Jednej chorej *(paranoia)* udzielono pomocy na wyjazd w celu zmiany otoczenia. Pracę stałą uzyskało 4 kobiety i 2 mężczyzn. O pracę przejściową wystarano się kilkanaście razy. Przeciętnie pięciu chorym pokrywa się koszta mieszkania. Bloczków na bezpłatne objady wydano 2.171 sztuk. Od marca 1932 r. umieszczono w opiece domowej u obcych 1 chorego, przyczem częściowo koszta pokrywa ojciec chorego. 25 chorym dostarczono ubrań, bielizny używanej i obuwia, zakupiono 2 nowe koszule, kilka metrów płótna i 1 parę bucików.

Zestawienie kasowe do 30. III. 1932 r.

Z kasy głównej Tow. opieki nad psychicznie chorymi		15.400.00
Z funduszu rekonwalescentów Zakładu w Kobierzynie		275.00
Dary i zwrot pożyczki		50.00
Częściowy zwrot kosztów za opiekę nad chorymi		30.00
	Zł	15.755.00
Koszta utrzymania poradni		9.418.00
Zasiłki i świadczenia w naturze chorym		6.334.91
		15.752.91
Saldo		2.09
	Zł	15.755.00

Poradnia otwarta w październiku 1929 r. stale rozwija się i jak z porównania wynika, wykazuje stały i dość znaczny przyrost chorych. Poradnia staje się terenem pracy Towarzystwa, a praca w niej idzie w dwóch kierunkach, z jednej strony opieka lekarska w okresie rekonwalescencji mająca na celu wprowadzenie pacjenta na nowo w życie, z drugiej strony pomoc materjalna i opieka społeczna ułatwiająca przebycie tego bardzo trudnego okresu. Ale nie do tego tylko ogranicza się Poradnia, obejmuje też w swoją opiekę psychicznie chorych, którzy są w stanie zdrowia pozwalającym na przebywanie poza Zakładem zamkniętym, jednak pod pewną choćby luźniejszą opieką psychjatry, a wreszcie obejmuje w opiekę b. pacjentów, którzy już choćby dawno o zakłady psychjatryczne zawadzili, ażeby przez racjonalne pokierowanie ich życiem ochronić ich od nawrotów psychozy. A celem naszym jest między innemi odciążyć przepełnione Zakłady psychjatryczne.

W poradni naszej skupiają się też chorzy i różne ich do tego skłaniają powody. Jedni szukają rady, inni za pośrednictwem naszem pragną znaleźć pracę, są też tacy, których do tego skłaniają warunki materjalne i konieczność pomocy.

Do końca marca 1932 r. było ogółem zapisanych 106 chorych. W 1931/32 roku zaniechaliśmy zupełnie prawie wywiadów propagandowych, a nowo przybyli chorzy albo sami dowiedzieli się o istnieniu Poradni, albo zostali skierowani przez Zakłady psychjatryczne. Do zaniechania wywiadów propagandowych zmusiły nas warunki materjalne, bo od chwili otwarcia Poradni, kwota na jej cele preliminowana nie wzrosła, podczas gdy świadczenia nasze niepomiernie wzrosły, bo chorzy nasi rekrutują się z pośród najbiedniejszych. Wychodziliśmy z założenia, że nie ilość pozostających w naszej opiece chorych, ale jakość tej opieki ma świadczyć o potrzebie i odpowiadać celowi Towarzystwa.

Kilka przytoczonych przykładów może najlepiej zobrazować pracę Poradni:

Pacjentka J. J., nauczycielka prywatna, ciężka psychopatja ustrojowa i przebyta narkomanja, od 29. X. 1929 r. pod opieką Poradni. Dzięki pomocy finansowej Poradni i ustawicznym staraniom o pracę oraz psychoterapji przetrwała do 14. IV. 1931 r. kiedy to znajduje stałą posadę jako zarządzająca domem, którą ku obustronnemu zadowoleniu wykonuje do dzisiaj. Do nałogu nie powróciła.

Pacjent S. J., *paralysis progressiva* w częściowej remisji, murarz, wydalony z Zakładu jako niewymagający opieki, skierowany do poradni. Ciężkie warunki materjalne i mieszkaniowe powodują liczne konflikty. Umieszczony w opiece rodzinnej na wsi u krewnego z zasiłkiem Zł 15 miesięcznie od jesieni 1930 r. utrzymuje się zupełnie dobrze do 13. II. 1932 r. kiedy umiera nagle. Skromna pomoc materjalna Poradni zwolniła tem samem łóżko w Zakładzie na okres 1½ roku.

Pacjent B. C. *Arteriosclerosis cerebri* ze zmianami psychicznemi wydalony z Zakładu do opieki poradni, w której pozostaje od 2. VI. 1930 r. Rodzina nastawiona wrogo stara się umieścić pacjenta zpowrotem z powodu warunków materjalnych. Kilkakrotne wizyty lekarza i pielęgniarki przekonują rodzinę, że stan chorego opieki zakładowej nie wymaga, a dostarczone bloczki na obiady normują stosunki domowe pomyślnie.

Pacjentka L. W. *Epilepsia* z atakami i długotrwałemi stanami zamroczenia, nie leczyła się wogóle. Z powodu jednego z stanów zamroczenia trafia do Szpitala św. Łazarza na Oddział VI. Stąd skierowana do Poradni. Żyje z bardzo skromnej pensji wdowiej, która nie pozwala na kupowanie lekarstwa. Poradnia dostarcza jej lekarstw i nakłania i pilnuje, by je zażywała regularnie. Od 16. XI. 1931 r. t. j. od objęcia w opiekę nie miewa stanów zamroczenia ani ataków dużych.

D. J., lat 28, mojż. wyzn., *schizophrenia*, od 1928 r. choruje, zdradza urojenia prześladowcze w stosunku do najbliższej rodziny, słyszy głosy mówiące o nim źle, z tego powodu też częste nieporozumienia. W szpitalu, gdzie był dwukrotnie, spokojny, zahamowany, negatywistyczny. Od jesieni 1930 r. pod opieką Poradni, z którą utrzymuje stale dobry kontakt. Interwencja lekarza Poradni zapewniła pacjentowi odpowiednią opiekę, pomieszczenie w osobnym pokoju. Od czasu tego zupełnie dobrze utrzymuje się bez większych trudności.

G. A., lat 30, b. student, syn urzędnika państwowego, zgłasza się 9. IX. 1931 r. do Poradni sam w stanie b. wielkiego zaniedbania. Cierpi na epilepsję, charakter epileptyczny. Ojciec nie zajmuje się chorym zupełnie, nieporozumienia z macochą i złe obchodzenie się zmusza go do opuszczenia domu, wałęsa się, sypia w domu noclegowym, żyje prawie z jałmużny. Pobyt w domu rodzicielskim niemożliwy, nadaje się do opieki u obcych. Kilkakrotna interwencja lekarza ze zwróceniem uwagi na obowiązki ojca wobec chorego, skłania go po pewnym czasie do zadeklarowania sumy Zł. 30 na cele opieki. Drogą ogłoszeń w dziennikach znajduje Poradnia od-, powiednie pomieszczenie z śniadaniem i kolacją za 50 Zł., na obiady chodzi do taniej kuchni. W ten sposób mając zapewnione pokrycie połowy kosztów, bo razem koszta wydawane na pacjenta wynoszą 62 Zł., umieszcza go Poradnia jako pierwszego ze swoich pacjentów w opiece u obcych. Stałe dostarczanie lekarstw dopełnia reszty. Dzisiaj chory zadowolony, dba o swój wygląd, rzadkie ataki tylko w nocy.

C. Cz., lat 20, syn służącego, katatonik. Leczony po raz drugi po kilkumiesięcznem leczeniu na Oddziele VI. Szpitala św. Łazarza w remisji. Kilkakrotne starania szpitala o zabranie przez rodzinę pozostają bezskuteczne. Interwencja pielęgniarki u matki chorego przekonuje ją, że chorego należy zabrać, a czyni to tem łatwiej, że zapewnia się choremu opiekę i obiecuje ułatwienie przyjęcia w razie nawrotu.

A. K., lat 43, służąca, 2. III. 1931 r. skierowana do opieki Poradni z Zakładu w Kobierzynie, gdzie przebywała psychozę schizofreniczną trwającą kilka dni. Chlebodawczyni, u której poprzednio służyła 22 lat i która była z niej bardzo zadowolona, starsza osoba, boi się przyjąć ją zpowrotem. Interwencja pielęgniarki nie przekonuje jej narazie. Poradnia ułatwia pacjentce przebycie kilku tygodni rekonwalescencji, poczem ponowna interwencja doprowadza do przyjęcia pacjentki zpowrotem, przyczem ważną rolę odgrywa zapewnienie, że nadal zostanie pod opieką Poradni i że wystarczy zatelefonowanie do lekarza Poradni, aby zapewnić sobie jego pomoc, czy radę. W kilka miesięcy później pielęgniarka w czasie wywiadu spotyka się z wyrazami wdzięczności i obopólnego zadowolenia.

Pacjentka F. J., lat 22, córka kolejarza, w opiece Poradni od marca 1930 r., *debilitas mentalis,* trudna w pożyciu, źle i nieumiejętnie wychowywana, konflikty z rodzeństwem. Badana wielokrotnie przez różnych lekarzy. Za radą i namową Poradni oddana do Zakładu w Rybniku na 3 mies. Od tego czasu zdyscyplinowana, zajmuje się pracą domową.

B. E., lat 20, syn murarza obarczonego liczną rodziną, b. złe warunki mieszkaniowe. Ze szpitala po krótkim pobycie wydalony jako niewymagający koniecznej opieki. W opiece Poradni od 2. X. 1930 r. Wielokrotne wywiady pielęgniarki wykazują, że utrzymanie pacjenta w domu jest niemożliwe. Stałe konflikty, częste ataki ze stanami przymroczenia. Za pośrednictwem Poradni w maju 1931 r. umieszczony w Zakładzie w Kobierzynie.

Pacjentka S. M., lat 35, służąca. Po raz pierwszy w 1915 roku przebyła psychozę z stanem podniecenia, halucynacjami wzrokowemi w Warszawie. Od 1920 r. rok rocznie przebywała na Oddziele VI. chorób nerwowych i umysłowych Szpitala św. Łazarza z rozp. *schizophrenia.* Przyjmowano zawsze chorą w stanie silnego podniecenia ruchowego, halucynowała, rozkojarzona obnaża się, nie sypia i nie jada. Stan ten przechodził po kilku dniach w stan zahamowania, poczem wracała do zdrowia. Z usposobienia spokojna i zamknięta w sobie. Stany psychotyczne, według jej podania, miały zawsze poprzedzać okresy wyczerpania pracą, zwłaszcza po nocach. Od 3. II. 1930 r. pod opieką Poradni. Uważając chorą za niezdolną do pracy domowej jako niesystematycznej i narażającej ją na niedosypianie i przepracowanie wystarała się Poradnia o zajęcie w ogrodzie jednego z zakonów. Tu po kilku miesiącach zadowalającej pracy zapada na ciężkie zapalenie płuc, po którem stan i wrodzona wada serca pogarsza się. Z zasiłku Poradni wyjeżdża na wypoczynek, a po powrocie wraca do pracy w ogrodzie jednego ze szpitali, na której bez jakichkolwiek wahań stanu psychicznego upływa czas do zimy 1931 r. Zimą 1931 i pierwsze miesiące 1932 r. umieszczono ją na mieszkaniu u żony jednego z pacjentów Poradni, znajdującego się obecnie w Zakładzie, a będącej w trudnych warunkach materjalnych, ażeby za jedne pieniądze dać pomoc dwu członkom Poradni. Żyje ze skromnej, bo razem 27 zł. miesięcznie wynoszącego zasiłku do wiosny 1932, aby znów wrócić do pracy w ogrodzie. Przez przeciąg 2 lat opieki Poradni, pełna remisja.

Jak z wyżej przytoczonych przykładów widać, skromna pomoc materjalna, interwencja lekarza czy pielęgniarki, poznanie chorego w domu w środowisku, gdzie stale przebywa, dostarczanie bezpłatnego lekarstwa, pozwala złagodzić konflikty, utrzymać go w opiece domowej, zwalniając łóżka zakładowe, zapobiec nawrotowi psychozy, czy wreszcie umieścić chorego w Zakładzie wtedy, kiedy tego naprawdę potrzebuje, na krócej bądź na dłużej, a wszystko to można dokonać kosztem tak stosunkowo małym, niepomiernie mniejszym od kosztów utrzymania dziennego chorego w Zakładzie.

Na osobne omówienie zasługuje wypadek S. J., pomocnika stolarskiego, histeryka ze stanami zamroczenia histerycznego pozostającego w opiece Poradni od 5. II. 1931. Poprzednio wielokrotnie leczony w różnych Zakładach. Poradnia pomaga mu wydatnie finansowo; wprowadzenie go do stałej pracy, po długich staraniach znalezienia takowej nie udaje się, mimo to częściowo zarabia na życie sprzedając gazety. 5. XII. 1931 zostaje zatrzymany przez policję za uchylanie się od służby wojskowej, na co reaguje zamachem samobójczym przez powieszenie się w celi aresztów, który to zamach kończy się śmiercią. Zamach samobójczy był tu reakcją na zatrzymanie chorego.

O ile wśród pacjentów i ich rodzin zyskała Poradnia pełne zaufanie, zrozumienie i życzliwe przyjęcie, o tyle z trudem przychodzi jej wywalczyć sobie autorytet i pełne zrozumienie u władz. Tak więc umieszczenie chorego w przytułku, czy odstawienie do gminy przynależności wymaga stałej osobistej a w rezultacie wielce nieskutecznej interwencji lekarza Poradni i pielęgniarki, a sprawy te wloką się całemi miesiącami.

Opieka społeczna.

Doświadczenia z roku 1930/31 skłoniły nas do zreorganizowania pomocy. W roku ubiegłym udzielaliśmy więcej zasiłków, wytwarzało to czasami w pacjentach dążności do naciągania Poradni. W roku 1931/32 ograniczyliśmy zasiłki do minimum, dając w zamian pomoc w naturze, jak to opłacanie mieszkania, bloczki na obiady, czy wreszcie nocleg w Miejskim domu noclegowym. Skromne fundusze nie pozwalają nam na stworzenie schroniska, którego brak bardzo odczuwamy, bo życzliwie nam - bezpłatnie udzielone dla naszych chorych w Miejskim domu noclegowym noclegi, nie odpowiadają w pełni wymogom naszej opieki. To też nieraz w miarę wystarczalności funduszów pokrywamy b. skromne koszta mieszkaniowe. W tym wypadku przy wynajmowaniu mieszkania bierze udział pielęgniarka, która też mieszkanie takie kwalifikuje.

Dzięki życzliwemu przyjęciu naszej akcji ze strony zarządów trzech tanich kuchen, z których korzystamy (kuchnia dla ubogich S. S. Miłosierdzia, kuchni dla inteligencji, kuchni pod wezwaniem św. Jadwigi) pacjenci nasi cieszą się względami, a fundusze Poradni zniżkami.

Ubrania udzielane pacjentom zyskujemy z darów zbieranych przez personel Poradni.

Największą bolączką Poradni jest brak pracy dla chorych. Zdobycie pracy dla naszych chorych jest nietylko dyktowane chęcią zarobku, poprawieniem bytu, czy odciążeniem funduszów Poradni, ale postulatem leczniczym, mającym wykazać choremu, że przecież jest do pracy zdolny, że znowu stał się wartościową jednostką społeczeństwa. I tu ogólny kryzys odbija się bardzo. W czasie kiedy zdobycie pracy dla zdrowego jest możliwe tylko za osobistemi wpływami, znalezienie pracy dla rekonwalescentów jest trudnością nie do pokonania. Personel Poradni na to nie wystarcza i staje się koniecznością stworzenia w łonie Towarzystwa Sekcji, czy też Referatu Pracy, który współdziałając z lekarzem Poradni to zadanie mógłby ułatwić.

Piśmiennictwo:

1) Czarniecki: Lekarz Polski, rok IV. 1928, Nr. 2. — 2) Deresz: Lekarz Polski, rok IV. 1928, Nr. 5. — 3) Chodźko: Opieka otwarta nad psychicznie chorymi. Warszawa 1929. — 4) Morawski: Rocznik Psychjatryczny Z. X. 1929. — 5) Łuniewski: Rocznik Psychjatryczny. Z. XI. 1929. — 6) Kolb, Roemer, Falthauser: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie. Berlin 1927. — 7) Bumke, Kolb, Roemer, Kahn: Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge. Berlin Leipzig 1931. — 8) Stransky: Leitfaden der psychischen Hygiene, Wien. 1931.

PRACE ORYGINALNE.

F. PRZESMYCKI. Doc. U. W. Warszawa.
T. GOLIBORSKA. Dr. med.

Badanie zakażenia pneumokokowego w wieku dziecięcym.

Badania pneumokoków grupy IV (X).

Doniesienie II.

Z Państwowego Zakładu Higjeny. Dział Bakterjologji i Medycyny Doświadczalnej. (Dyrektor: prof. L. Hirszfeld) i ze Szpitala Dziecięcego im. Baumanów i Bersonów. (Lekarz Naczelny: Dr. Braude-Hellerowa).

Praca niniejsza jest wstępem do badań grupy IV pneumokoków występującej najczęściej u dzieci zdrowych jak i w przebiegu cierpień wieku dziecięcego. Badania te podjęte były nietylko ze względów teoretycznych lecz również i praktycznych, w pierwszym rzędzie ze względu na znaczenie epidemjologiczne oraz lecznicze.

Badania Neufelda i Haendla, również badania amerykańskie, głównie Dochez, Gillepsie wyodrębniły pośród pneumokoków trzy serologiczne typy oznaczone rzymską numeracją I, II, III. W całym jednak szeregu przypadków znajdowano pneumokoki, których nie można było zaliczyć do żadnego z powyższych typów, a które objęto nazwą grupy IV zwaną słuszniej grupą X. Pneumokoki grupy X spotykane były u dorosłych w przypadkach płatowego zapalenia płuc w 40%, natomiast odsetek tych szczepów u dzieci sięgał niekiedy 80%. Widzimy z tego, że znaczna liczba niekiedy nawet bardzo zjadliwych szczepów nie była ostatecznie zidentyfikowana i z konieczności zaliczana do grupy X. Jak wykazały badania późniejsze, szczepy grupy X wyhodowane w przypadkach chorobowych tworzyły szereg odrębnych grup, jednolitych pod względem antygenowym. Pierwsze próby klasyfikacji pneumokoków grupy X były podjęte przez Avery'ego. Badacz ten znalazł w obrębie pneumokoków grupy X szczepy zlepiające się pod wpływem surowicy typu II. Szczepy te tworzyły według badań Avery'ego trzy grupy, które on nazwał podtypami oznaczając je jako II a, II b i II x. Szczepy tych podgrup nie mogły być zaliczone do typu II, gdyż jakkolwiek aglutynowały się one pod wpływem surowic typu II, to jednakże surowice przygotowane przy pomocy szczepów II a, II b czy II x nie aglutynowały pneumokoków typu II, a więc związek tych podtypów z typem II nie był bardzo ścisły. Lister wyhodował w przypadkach płatowego zapalenia płuc w Afryce południowej szczepy, które nie mogły być zaliczone do pierwszych trzech typów, a jednakże najczęściej tam występowały. Szczepy te przez Listera zostały nazwane typem A. Olmstead w New Yorku zbadała 213 szczepów grupy X pneumokoków i podzieliła je na 12 serologicznych grup. Cooper i Mishulow w roku 1919 podzielili zbadane przez nich szczepy grupy X na 19 typów. Griffith w Anglji zbadał 49 szczepów grupy X i podzielił je na 12 serologicznych typów. Robinson w Pittsburgh'u wyhodował w czasie epidemji zapalenia płuc 4 serologiczne typy pneumokoków grupy X. Widzimy więc, że w ciągu ostatniego dziesięciolecia były stale podejmowane próby klasyfikacji pneumokoków grupy X. Wysiłki te były uzasadnione, gdyż szczepy nie należące do pierwszych trzech typów a jednolite pod względem antygenowym mogły wywoływać epidemje schorzeń dróg oddechowych (Lister, Robinson).

W 1927 roku Cooper pod kierunkiem Park'a podjęła systematyczne studja nad grupą X pneumokoków. Autorka ta ze swojemi współpracownikami Rosenstein i Edwards wprowadza w 1928-29 roku 10 typów serologicznych, zmniejszając przez to odsetek niezidentyfikowanych szczepów do 49,7%. W roku 1929-30 wyodrębniono następnie dalszych 11 typów razem do liczby ogólnej 21 i wtedy odsetek niezidentyfikowanych szczepów wynosił 11,2%. Ostatecznie Cooper i jej współpracownicy Rosenstein, Walter i Peizer podzielili pneumokoki grupy X na 29 serologicznych typów, oznaczając je rzymską numeracją od IV do XXXII. Podkreślić należy, iż w badaniach Cooper i jej współpracowników poszczególne lata wykazywały przewagę w występowaniu pewnych typów i tak w 1928-29 roku najczęściej spotykano pneumokoki typu VI, drugie miejsce pod względem częstości występowania zajmował typ I. W 1929-30 najczęściej hodowano typ I i XIV pneumokoków. W badaniach tych zaznaczały się różnice zależnie od wieku, a mianowicie: typ V był jednakowo często spotykany zarówno u dzieci jak i dorosłych, natomiast typy IV, VII i VIII były spotykane częściej w zapaleniu płuc płatowem u dorosłych, a typy VI i XIV u dzieci.

Udało się również zauważyć pewną zależność śmiertelności od typów pneumokoków. W przypadkach Cooper najmniejszą śmiertelność dawały w zapaleniach płuc przypadki wywołane przez I typ pneumokoków, największą przez typy IV i VII.

Cooper i jej współpracownicy przeprowadzili badania porównawcze nad typami pneumokoków grupy X wyodrębnionemi przez rozmaitych autorów. Wyniki tych badań były następujące:

Typ IV odpowiada typowi 10 Griffith'a i IV B. Robinsona.
Typ V odpowiada typowi II a Avery i IV e Robinsona.
Typ VI odpowiada typowi II b Avery.
Typ VIII odpowiada typowi IV a Robinsona, atypowemu III Sugg, Gaspary, Fleming i Neill.
Typ XV odpowiada typowi 98 Griffith'a.
Typ XXI odpowiada typowi 160 Griffith'a.
Typ XXII odpowiada typowi 41 Griffith'a.

Z zestawienia powyższego widzimy, że grupy wyodrębnione przez poszczególnych autorów odpowiadają sobie nawzajem, co uzasadnia konieczność klasyfikacji grupy X pneumokoków.

Dodać należy, że w pracach Cooper i jej współpracowników ustalenie nowych typów przeprowadzone było nietylko na zasadzie własności zlepnych surowic, lecz również na zasadzie własności leczniczych surowic.

Gundel i Schwarz przy pomocy surowic aglutynacyjnych otrzymanych od Cooper zbadali 133 szczepów, z których udało im się zidentyfikować 130. W badaniach tych przeważał typ VI, X, XI, XIX.

Badania nasze nad pneumokokami grupy X przeprowadziliśmy na podstawie odczynów zlepnych wykonanych z surowicami amerykańskiemi nadesłanemi nam uprzejmie przez Miss Cooper. Otrzymaliśmy 27 surowic, w tem znajdowały się wszystkie surowice kolejno od typu IV do XXXII z wyjątkiem typów XXIV i XXVI, których nam nie nadesłano. Dla typu VI dwie odmiany VI a i VI b.

Jako materjał do badań służyły pneumokoki grupy X wyhodowane z przypadków zapalenia opłucnej, zapalenia opon mózgowych oraz wydzieliny z jamy noso-gardzielowej, z przypadków zrazikowego zapalenia płuc, jak również dzieci niedotkniętych schorzeniem dróg oddechowych.

Zapalenia opłucnej 20 przypadków.
Zapalenia opon mózgowych 5 przypadków.
Zapalenia zrazikowe płuc 11 przypadków.
Niedotkniętych schorzeniem dróg oddechowych 17 przypadków.

Przypadki zapalenia opłucnej i opon mózgowych zostały omówione w poprzedniej publikacji (Pol. Gaz. Lek. Nr. 45, 1932). W przypadkach zrazikowego zapalenia płuc, jak również u dzieci niedotkniętych schorzeniem dróg oddechowych, ale znajdujących się w szpitalu pobieraliśmy do badania śluz z gardzieli zapomocą wacika. Wacik zmywano w 1 cm^3 buljonu pneumokokowego, który wstrzykiwano następnie do otrzewnej myszom wagi 15—18 g. Jednocześnie kropelkę buljonu wysiewano na płytki agaru z dodatkiem 10% krwi końskiej i otrzymano następujące wyniki:

Od kogo pobrano śluz	Ogółem zbadano	Wyhodowano pneumokoki	Przy zastrzykiwaniu śluzem padło myszek	Wyhodowano pneumokoki tylko z płytek	Wyhodowano paciorkowce
Chorych	18	12 *)	12	—	6
Zdrowych	22	17	9	8	5

*) Jeden szczep pneumokoków należy do typu I.

Jak widać z załączonej tabelki, przy badaniu śluzu chorych posiewy na płytkach odpowiadały wynikom badań na myszkach. W przypadkach, w których myszy padały otrzymano również pneumokoki na płytkach. Nie zdarzyło się ani razu, aby na płytce otrzymać pneumokoki, a mysz, której zastrzyknięto ten śluz, przeżyła. Zupełnie inny stosunek otrzymujemy przy badaniu śluzu z gardzieli dzieci niedotkniętych schorzeniem dróg oddechowych. Na 17 myszy, którym śluz ten zastrzyknięto, wyhodowano pneumokoki tylko w 9 przypadkach i to zarówno z myszy jak i płytek, jedynie z płytek otrzymano pneumokoki w 8 przypadkach, przyczem myszy, którym zastrzyknięto śluz tych osobników, przeżyły. Należy zaznaczyć, że do pneumokoków zaliczaliśmy tylko te szczepy, które morfologicznie oraz pod względem wzrostu na podłożach odpowiadały pneumokokom i rozpuszczały się w żółci.

Należy zwrócić uwagę, że na 22 dzieci znajdujących się w szpitalu i niedotkniętych schorzeniem dróg oddechowych 17 dzieci było nosicielami pneumokoków. Chcielibyśmy jeszcze zaznaczyć, że wśród 17 szczepów pneumokoków jeden raz był stwierdzony szczep pneumokokowy w formie R.

Wszystkie wyhodowane szczepy były użyte do aglutynacji przedewszystkiem z surowicami pierwszych trzech typów, a następnie dopiero z surowicami typów grupy X.

Technika aglutynacji była następująca: do surowic rozcieńczonych 1:5 solą fizjologiczną dodawaliśmy jedną kroplę zawiesiny pneumokoków w soli fizjologicznej. Zawiesina była przygotowana w ten sposób, że 24 godzinną hodowlę buljonową wirowano, buljon odciągano, a osad zawieszano w rozczynie fizjologicznym soli, obliczając 1 cm^3 soli na 10 cm^3 hodowli buljonowej. Probówki z nastawioną aglutynacją trzymano w cieplarce, o temperaturze 55° przez 24 godziny, poczem odczytywano wynik.

Z jamy noso-gardzielowej udało nam się otrzymać raz pneumokoki pierwszego typu w przypadku ciężkiego zrazikowego zapalenia płuc, poza tem hodowaliśmy zawsze pneumokoki grupy X.

Należy jeszcze zaznaczyć, że czasami otrzymywaliśmy z jamy nosowogardzielowej inny typ pneumokoka niż w tym samym przypadku z ogniska chorobowego. Tak naprzykład w przypadku Nr. 32 Wn. z jamy nosowogardzielowej otrzymano pneumokoki typu IV, a z płynu opłucnowego pn. typu I. W przypadku Nr. 41 Fg z jamy nosowogardzielowej otrzymano pn. typ VI, a z płynu opłucnowego pn. typu XIV.

Należy podkreślić, że pneumokoki w przyp. Nr. 32 i Nr. 41 otrzymane z jamy nosowogardzielowej były wyhodowane ze krwi myszy, którym wstrzyknięto śluz.

W naszych badaniach, jak widać z załączonego zestawienia, najczęściej spotykane były pneumokoki typu IV, V, VI po 4 szczepy, typu VIII — 6 szczepów, typu XIII — 5 szczepów i typu XI i XX po 3 szczepy.

Niezawsze udało się zidentyfikować szczep badany. Musimy podkreślić, że brak odczynu zlepnego z surowicami wszystkich typów stwierdzaliśmy głównie wśród szczepów wyhodowanych od dzieci zdrowych. Na 13 niezidentyfikowanych szczepów 10 pochodziło od dzieci niedotkniętych schorzeniem dróg oddechowych, przyczem z tych 10 szczepów 9 było zupełnie niezjadliwych dla myszy. A zatem w naszych badaniach na 53 szczepów — 13 szczepów pozostało niezidentyfikowanych, co wynosi 24,7%. Być może, że odsetek ten byłby mniejszy, o ile mielibyśmy surowicę typów XXIV i XXVI, których nam nie nadesłano.

Typy pneumokoków i ich zjadliwość w zależności od stanów chorobowych.

Typ	Zapalenie opłucnej	Zapalenie zrazikowe płuc	Zapalenie opon mózgowych	Nosicielstwo	Ogółem
IV	2 (10^{-5}—10^{-6})	1 (10^{-4})	1 (h)	—	4
V	3 (h, h, h)	—	—	1 (10^{-2})	4
VI	1 (10^{-7})	1 (h)	1 (h)	1 (h)	4
VII	1 (10^{-5})	—	—	—	1
VIII	4 (10^{-6}, 10^{-2}, 10^{-3}, h)	—	—	2 (h, h)	6
IX	1 (10^{-2})	—	—	—	1
X	1 (10^{-6})	—	—	—	1
XI	1 (0)	1 (10^{-3})	1 (h)	—	3
XII	—	—	—	—	0
XIII	1 (10^{-4})	3 (10^{-4}, 10^{-3}, h)	—	1 (10^{-4})	5
XIV	1 (h)	—	—	—	1
XV	—	1 (0)	—	—	1
XVI	—	—	—	—	0
XVII	—	—	—	1 (0)	1
XVIII	—	—	1 (h)	—	1
XIX	—	—	—	—	0
XX	1 (h)	—	1 (h)	1 (h)	3
XXI	—	—	—	—	0
XXII	—	—	—	—	0
XXIII	1 (0)	1 (10^{-3})	—	—	2
XXIV		Nie otrzymano surowicy			
XXV	—	1 (10^{-3})	—	—	1
XXVI		Nie otrzymano surowicy			
XXVII	—	—	—	—	0
XXVIII	—	—	—	—	0
XXIX	—	—	—	—	0
XXX	—	1 (h)	—	—	1
XXXI	—	—	—	—	0
XXXII	—	—	—	—	0
niezidentyfikowanych	2 (10^{-2}, h)	1 (h)	—	10 (9 × 0, 1 — 10^{-2})	13
Razem	20	11	5	17	53

Uwaga: Litery i cyfry umieszczone w nawiasach obok liczby wyhodowanych szczepów oznaczają stopień zjadliwości danego szczepu. 0 oznacza szczep niezjadliwy, h — hodowla zabija mysz, 10^{-2}, 10^{-3} i t. d. oznacza stopień rozcieńczenia hodowli bakteryj, przy którem mysz padała. Zjadliwość oznaczaliśmy według metody podanej w poprzedniej publikacji.

Jak widać z załączonej tabelki, pneumokoki wyhodowane zarówno w przypadkach schorzenia, jak też i u zdrowych wykazywały duże wahanie w zjadliwości. Mieliśmy do czynienia ze szczepami zupełnie niezjadliwemi, a obok tego występowały szczepy należące do tego samego typu, a posiadające dość znaczną zjadliwość. Cooper i jej współpracownicy zaznaczają, że pneumokoki typu IV, V, VI zawsze wykazywały wysoką zjadliwość, natomiast w badaniach Gundla i Schwarza, podobnie jak i u nas obok zjadliwych szczepów spotykaliśmy szczepy o małej zjadliwości, przyczem należy zaznaczyć, że szczepy niezjadliwe należące do tych samych typów były spotykane zarówno u chorych, jak też i u zdrowych. A zatem nie można twierdzić, że szczepy należące do tego samego typu lecz zjadliwe mogą być spotykane tylko u chorych.

Praktyczne znaczenie naszych badań polega na tem, że po stwierdzeniu typów najczęściej wywołujących schorzenia dróg oddechowych u dzieci można będzie przygotować wieloważne szczepionki typów dominujących i przystąpić do leczenia przypadków zapalenia płuc. Poza tem stwierdzenie pewnych typów w przebiegu schorzeń umożliwi przeprowadzenie dokładnych badań epidemjologicznych.

Wnioski:

1. Wyhodowano 53 szczepów pneumokoków grupy X w przypadkach zapalenia opłucnej, zapalenia opon mózgowych, zapalenia zrazikowego płuc i od dzieci niedotkniętych schorzeniami dróg oddechowych.
2. Wyhodowane szczepy grupy X zidentyfikowano przy pomocy surowic aglutynacyjnych, nadesłanych nam przez Miss Cooper z New-Yorku.

3. W badaniach tych znaleziono pneumokoki typów IV, V i VI po 4 szczepy, typu VIII — 6 szczepów, typu XIII — 5 szczepów, typów XX i XI po 3 szczepy, typu XXIII — 2 szczepy i typów VII, IX, X, XIV, XV, XVII, XVIII, XXV, XXX — po 1 szczepie. Nie zidentyfikowano 13 szczepów, co wynosi 24,6%.

Piśmiennictwo:

Cooper, Mishulow Blanc: J. Immunol. 1921, T. VI. Str. 25. — Cooper, Edwards, Rosenstein: Journ. Exp. Med. 1929. T. 49. Str. 461. — Cooper, Rosenstein, Walker, Peizer: J. Exp. Med. 1932. T. 55. Str. 531. — T. Goliborska i F. Przesmycki: Pol. Gaz. Lek. 1932, Nr. 45. — Gordon: Journ. Inf. Dis. 1921. T. 29. Str. 437. — Gundel i Schwartz: Zeit. f. Hyg. 1932. T. 113. Str. 498. — Park: Journ. State Med. 1930. T. 38. Nr. 11. — Robinson: Journ. Inf. Dis. 1927. T. 41. Str. 417. — Schröder i Cooper: Journ. Inf. Dis. 1930. T. 46. Str. 384. — Stellmann: Journ. Exp. Med. 1919. T. 29. Str. 251. — Sugg, Gaspari, Fleming i Neill: Journ. Exp. Med. 1928. T. 47. Str. 917.

SPRAWY ZAWODOWE.

Dr. Zdzisław MAURER, st. Sekund. Szpit. pow. Rzeszów.

Akuszerki w zwierciedle swego zawodu i partactwa leczniczego.

Partactwo lecznicze akuszerek jako kwestja społeczna pierwszorzędnej wagi powinno zainteresować wszystkich, a w pierwszym rzędzie lekarzy. W prasie lekarskiej nie porusza się tego tematu nigdy. Od czasu do czasu dowiaduje się ogół o jakimś strasznym szczególe z poza kulis partactwa leczniczego akuszerek, które w swych rozmiarach przekracza dzisiaj wszystko, co bujna fantazja może sobie wyobrazić.

Ustawowo akuszerka jest tylko zawodową, kwalifikowaną pielęgniarką położniczą. Oprócz niesienia higienicznej pomocy przy prawidłowym porodzie, ma ona krzewić w szerokich warstwach ludności zasady rozumnej higjeny ciąży, porodu i połogu, co stanowi główną i, mojem zdaniem, jedyną rację istnienia akuszerek jako zawodu. Ich kwalifikacja tkwi jednak często tylko w tem, że ukończyły jedną z państwowych szkół położnych.

W Małopolsce obowiązują do dziś w odniesieniu do akuszerek austrjackie rozporządzenia i przepisy, bo nie znowelizowano dotychczas rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. z dnia 22 marca 1928 r. Nr. 34, poz. 316). W Austrji mogła zostać przyjętą do szkoły położnych ta kandydatka, która wykazała się znajomością początków czytania, pisania i rachowania, a więc wiadomościami z zakresu ukończonej drugiej klasy ludowej. Wielki procent akuszerek małopolskich rekrutuje się z pośród takich kandydatek. Przesądzono tem samem wartość i jakość opieki położniczej w kraju, a rzeczywistość potwierdziła i potwierdza to w pełni. W takich warunkach niepodobna było spodziewać się nadzwyczajnych świadczeń od akuszerek, ale można było wymagać od nich przynajmniej czystości i uczciwości pielęgniarskiej, t. zn. nie wykraczania poza ramy przepisów służbowych. Rozporządzenie Prezydenta Rz. P. wprowadziło od r. 1928 dwuletnią naukę w szkołach położnych uzależniając przyjęcie do szkoły od ukończenia szkoły powszechnej.

Opieka położnicza w Polsce pozostaje prawie wyłącznie w rękach akuszerek. Społeczeństwo oddało im całkowicie troskę o zdrowie rodzących i losy noworodków. Niema u nas lekarskiej opieki położniczej w ścisłem znaczeniu tego wyrazu. Należy bowiem do wyjątków zwracanie się do położnika o nadzór nad porodem, należy do rzadkości, gdy robi to lekarz domowy. Z lekarzem spotyka się akuszerka przy łóżku rodzącej dopiero wtedy, gdy jest źle. Paragrafy 28 i 29 przepisów służbowych dla akuszerek mówią szczegółowo, kiedy akuszerka ma obowiązek wezwania lekarza do chorej w ciąży, porodzie i połogu. Zakres działania akuszerki obejmuje bowiem tylko planowy nadzór nad matką i dzieckiem w czasie prawidłowego porodu i opiekę nad matką w połogu. Najmniejsze zboczenie w mechanizmie i przebiegu porodu, bez względu na jego okres, należy zasadniczo od chwili jego stwierdzenia lub tylko podejrzenia, że istnieje, do zakresu działania lekarza. Od wczesnego zorjentowania się akuszerki w stosunkach porodu zależy wynik porodu, zależy również wynik pomocy lekarskiej. Nie potrzeba dowodzić, ile odpowiedzialności wobec społeczeństwa i rodziny bierze na siebie akuszerka, wzywając lekarza do rodzącej za późno.

Nauka w szkołach położnych trwa według austrjackich przepisów czas nie krótszy niż 5 miesięcy, przeciętnie około 9 miesięcy, co zgóry podkopuje w duszy lekarza wiarę w przygotowanie fachowe akuszerki, w którem jej osobista czystość i czystość pozostająca w związku z porodem i połogiem na pierwszem muszą być miejscu.

Dziwić się wobec tego nie można, że akuszerki grzeszą przy wykonywaniu swego zawodu najwięcej brakiem czystości i orjentowania się w stosunkach porodowych. Możnaby wyliczyć na palcach akuszerki czyste i orjentujące się dobrze w przebiegu porodu. Wiele z nich czują to same, często bezwiednie, i boją się dlatego lekarza i jego kontroli nad sobą. Drugie, bezkrytyczne wobec siebie, tem samem zarozumiałe i pewne, a tych jest również wiele, widzą w przybyciu lekarza do rodzącej ujmę dla siebie, dla swego autorytetu... Są wreszcie i takie, które w lekarzu dopatrują się silniejszego współzawodnika do spodziewanego wynagrodzenia. Bez względu zaś na motywy, prawie wszystkie akuszerki wzywają lekarza za późno. Nieraz otoczenie rodzącej lub sama rodząca chcą mieć przy sobie lekarza w czasie porodu, i spotykają się z oporem akuszerki nie do pokonania. Prawdą jest, że akuszerka schodzi wobec lekarza na drugi plan, do roli pomocnicy wypełniającej jego życzenia i rozkazy, z czem nie chce się pogodzić i czemu daje bezmyślny wyraz w stosowaniu biernego oporu wobec niego, nie przygotowując na jego przybycie niczego, do czego zobowiązują ją przepisy służbowe, jak ciepłej przegotowanej wody w dostatecznej ilości, stołu operacyjnego, miednic, ognia i t. d. Akuszerki używają dlatego wszystkich możliwych sposobów, jak perswazji, krzyku lub głupiego dowcipu, byle nie dopuścić lekarza do chorej lub opóźnić jego przybycie, co udaje się im często nawet w sferach inteligencji, a zawsze wśród niższych warstw społecznych. Pomaga im w tem psychologiczny fakt, że wielu chorych, a więc i wiele rodzących, boi się lekarza, bo boi się operacji i lęka się kosztów związanych z ordynacją lekarską. Dla tych chorych lekarz jest z reguły ciężarem i intruzem, uważanym za takiego przez rodzącą i jej otoczenie, który uśmierca dzieci i kaleczy matki, bo o taką opinję dla niego postarały się sprytnie w ciągu długich lat w swoim interesie najpierw babki porodowe, później akuszerki. Równolegle z tem jesteśmy świadkami innego zjawiska, wręcz przeciwnego, bezgranicznego, prawie bałwochwalczego zaufania tych samych ludzi do akuszerek i babek, które czują to dobrze i wykorzystują je w pełni dla swoich celów a ze szkodą dla chorych. Opinjują więc lekarzy, decydują o jego wyborze, kontrolują jego działanie, aprobują wobec chorej i jej rodziny według swego uznania każde jego słowo, zarządzenie lub zabieg, a nawet mają nieraz odwagę przeciwstawić się lekarzowi udaremniając mu leczenie. Znam przypadek, gdzie akuszerka nie dopuściła wytrawnego, poważnego położnika, cieszącego się rozległą praktyką, do założenia kleszczy. Znam i drugi przypadek, w którym akuszerka zarzuciła lekarzowi wobec rodzącej nieumiejętność i niefachowość. W obydwu przypadkach interwenjował później inny lekarz, wybrany już przez dotyczące akuszerki, bo rodząca z rodziną stanęli po stronie akuszerek, bojkotując za ich namową pierwszych lekarzy, sprowadzonych bez wiedzy i zgody akuszerek.

Chcąc być bezstronnym, muszę podnieść, że są przecież przypadki, do których akuszerki wzywają chętnie i śpiesznie, a najczęściej niepotrzebnie lekarzy, co jest w tych przypadkach zupełnie logicznym wypływem ich psychiki. Mam tu na myśli ubogie rodzące, które nie mają czem płacić, a za które nie zapłaci Kasa chorych ani gmina. Czas drogi... Może lekarz przyśpieszy rozwiązanie...

Współpraca lekarza z akuszerką musi opierać się na pełnem zaufaniu do sumienności akuszerki, jej czystości, wiedzy i dobrej woli. Tam, gdzie niema tego, położenie lekarza nie jest różowem, a warunki pracy są przykre i ciężkie.

Interes zdrowia publicznego wymaga, by niewiedza i brak dobrej woli u akuszerek, powodujące późne wezwanie lekarza do porodu były karane jak każdy ciężki błąd zawodu albo administracyjnie przez czasowe zawieszenie akuszerki w jej zawodzie nawet z obowiązkiem powtórnego składania egzaminu, albo w drodze karno-sądowej w przypadku śmierci lub ciężkiego schorzenia matki względnie noworodka.

Praktyka położnicza wymaga od lekarzy i akuszerek obok orjentowania się w stosunkach i przebiegu porodu w pierwszym rzędzie czystości. Jest gorzką prawdą, że akuszerki są naogół brudne, że rodząca jest tem bezpieczniejszą, im później stanie przy niej akuszerka, a najszczęśliwszą, jeśli zjawi się dopiero w ostatniej chwili dla odebrania dziecka, nie mając już czasu do badania i innych przygotowawczych manipulacyj. Czystość osobista akuszerki równa się czystości jej pracy przy porodzie. Szkoły uczą akuszerki czystości, ale ta czystość albo nie wchodzi w ich mózgi i krew z łatwo zrozumiałego powodu, albo jest przez nie lekceważoną, bo sumienność gra przy czystości wielką rolę, a tej brak tak często akuszerkom. Są akuszerki prawdziwie czy-

ste, ale jest ich tak mało, że czyste należą do wyjątków. Brudne ręce, nieobcięte niechlujne paznogcie, nieosłonięte w nieładzie włosy, poplamione suknie, ciemne wymięte fartuchy, rzadko zmieniana bielizna, — to zwykła sylweta naszych akuszerek przy chorej. Spotkałem w mej praktyce akuszerki przy porodzie z otwartemi abscesami na rękach, z sączącym wypryskiem, z rozsianą na ciele wysypką kiłową, z świerzbem i z ropiejącemi wrzodami podudzi... To samo mówi za siebie. Dla nich nie istnieją choroby zakaźne, przenośne i niebezpieczne dla położnic, o czem uczyły się w szkole. Sumienie pozwala im śpieszyć z pomocą do rodzącej wprost od gorączki połogowej, bo nie uznają fizycznego ani moralnego zakazu w tym względzie. Z całym spokojem wykonują swój zawód odwiedzając równocześnie chorych na różę, błonicę, płonicę. Nie powstrzymują ich od tego wymienione choroby w ich własnej rodzinie, którą pielęgnują, z której przenoszą zakażenie, gdzie się uda. One nie rozumieją poprostu istoty i potrzeby czystości, od której zależy los powierzonego im porodu. Nie dziw, że tak pojmując czystość nie myją rąk do porodu a właściwie myją je brudno, zachowując jeszcze jakie takie pozory mycia się przy chorych lepszej klienteli. Myje się więc ręce mydłem w surowej wodzie, używając czasami niewyjałowionej szczotki i opłókuje je znowu surową wodą z dodatkiem kilku kropel lizoformu. Tam, gdzie nie widzą potrzeby liczenia się z opinją a więc w praktyce małomiasteczkowej, wiejskiej i biednej, tam nie robi się i tego. O to nikt się nie upomni. O gorączki połogowe niech się martwią lekarze, którzy wymyślili administracyjne kontrole akuszerek na śmiech, bo na pokaz przy kontroli znajdą się zawsze i szczotka i lizol, schowane na dnie torby.

Wymysłem niepotrzebnym w przekonaniu akuszerek jest również żądanie wygotowania irygatorów, wężów od Hegara, pochwowej czy odbytowej kanki, cewnika, używania przy porodzie wyłącznie przegotowanej wody, odkażania miednic i t. p. Stosują się do niego wyjątkowo i to na żądanie lekarza lub uświadomionego otoczenia chorej. Przepisy służbowe są dla akuszerek martwą literą. Nie starając się o pogłębienie czy odświeżenie swej wiedzy w jakikolwiek sposób, bo zresztą o to nikt również nie dba (gmina, powiat), stwarzają sobie własne pojęcia, wygodne dla siebie, z przepisami sprzeczne. Poco więc traktować rodzącą lepiej niż siebie. Dlaczego niszczyć czystą pościel i bieliznę chorej, gdy one i tak poplamią się przy porodzie. Głuche są na to, że srom powinien być możliwie czysty i odkażony, a pościel i osobista bielizna rodzącej aseptyczne. Może wymagać tego Hugo Sellheim, który uważa bieliznę wypraną i wyprasowaną za aseptyczną, mogą wymagać tego wszystkie szkoły. Akuszerki mając swoje odmienne doświadczenie robią uparcie oszczędności na aseptyce porodu, bo to popłaca lepiej, bo zyskuje się względy u chorych i dobrą opinię, że ma się litość dla biednego narodu. Pozostawiają więc rodzące na czas porodu w brudnej, najgorszej bieliźnie, a na podkłady wybierają z rozmysłem nieużyteczne łachmany, jakie znajdują w domu położnicy. Chora ma czy musi rodzić z winy akuszerki w stroju niechlujnej żebraczki i leżeć na barłogu z nogami zanieczyszczonemi brudem, błotem lub gnojem. Taką przywozi się ją również do szpitala dla operacyjnego rozwiązania, bo nie było czasu na jej umycie lub zaniedbało się o tem pomyśleć. Z zasady nie robi się lewatywy czyszczącej i nie opróżnia pęcherza rodzącej, bo umysł akuszerki nastawiony jest wtedy na rzeczy ważniejsze dla niej, a to: przygotowanie wszystkiego na przyjęcie noworodka t. j. wyprawki dziecięcej, wanienki i wody do kąpieli, która jest najważniejszym aktem według akuszerki, bo przynosi „kąpielowe"... Każdy praktyk — lekarz na prowincji zna te stosunki dokładnie. Nie znają ich lekarze stołeczni i szkoły. Na szczęście rodząca nie zdaje sobie również sprawy, co grozi jej od jej opiekunki, której zaufała w dobrej wierze.

Następuje potem badanie. Akuszerka nie bada zewnętrznie, bo badanie zewnętrzne jest trudnem i wymaga wprawy, wćwiczenia się. To, że jest dla rodzącej bezpiecznem nie narażając jej na zakażenie, nie obchodzi jej wcale. Nie spotkałem akuszerki badającej dobrze zewnętrznie, spotkałem niewiele takich, które wysłuchiwały pewnie tętno płodu. Wyjątkiem były położne orjentujące się w ilości i jakości tonów serca dziecka, w zachowaniu się pierścienia Bandla, rozciągnięciu i bolesności ścian macicy, ułożeniu i postawie płodu i t. p. Niejako z konieczności więc badają akuszerki wewnętrznie, a co najgorsze, badają często w ciągu porodu przyznając się tem samem, że nie wiedzą, po co badają i czego szukają. Niektóre badają po każdym bólu, inne trzymają stale palec w pochwie opierając go o część przodującą płodu lub ścianę pochwy tak, że powodują mniej więcej rozległe obrażenia ścian pochwy, krocza lub części przodującej w postaci okaleczeń, otarć, podbiegnięć krwawych i t. p., co stwierdziłem dosyć często w praktyce prywatnej i szpitalnej przy sposobności kończenia przeciągających się porodów. Od biedy możnaby przejść nad tem do porządku dziennego, gdyby było się pewnym czystych i skrupulatnie pielęgnowanych rąk akuszerki. Czyste akuszerki, dbające o swe ręce, nie robią jednak tego, bo pamiętają i postępują według wskazań szkoły, bo są cierpliwe i badają wewnętrznie rzadko, jedynie z prawdziwego wskazania. Natomiast brudne, z palcami o długich paznokciach, z rękami opłókanemi zaledwie wodą choćby przy pomocy mydła, maczające palce dla delikatnego badania w niejałowej oliwie lub wazelinie, znęcają się nad swemi choremi częstem badaniem nie rozumiejąc lub lekceważąc niebezpieczeństwo, na jakie je narażają. Najlepszą ochroną rodzącej przed zakażeniem jest niebadanie jej wewnętrzne. A przecież akuszerka nie potrzebuje i nie powinna robić tego, bo badanie wewnętrzne nie wyjaśni jej z początkiem porodu stosunków, co do których nie mogła zorjentować się przez badanie zewnętrzne (położenie, postawa dziecka). We wszystkich przypadkach, gdzie badanie zewnętrzne daje jej niejasność, wątpliwość położenia płodu, gdzie poród nie postępuje przy prawidłowem ułożeniu płodu i dobrych bólach, gdzie główka trzyma się uparcie wysoko nad wchodem lub we wchodzie miednicy, gdzie tętno serca dziecka słabnie, przyśpiesza się lub zwalnia, gdzie pokaże się obficiej krew z części rodnych matki, gdzie bóle porodowe są za silne lub bardzo słabe, i t. d., akuszerka powinna wzywać w tej chwili lekarza, tem bardziej, że mimo badania wewnętrznego nie rozpoznaje często przodujących pośladków, nie rozpoznaje nigdy przebiegu szwu strzałkowego, ustawienia ciemiączek, sposobu wstawiania się główki, jak nie orjentuje się zupełnie w płaszczyźnie miednicy, w której znajduje się chwilowo główka. Akuszerki tłumaczą się, że uczono je w szkole, by badały zawsze z początkiem porodu dla stwierdzenia stanu rzeczy i po odejściu wód dla wykluczenia ew. wypadnięcia pępowiny lub części drobnej płodu. Wiemy, że jest to możliwe tam, gdzie część przodująca nie może uszczelnić pochwy od strony macicy a więc przy położeniach główkowych skośnych, przy ciasnych miednicach, w położeniu poprzecznem czy miednicowem, co należy od początku zasadniczo do zakresu działania tylko lekarzy, bo w razie stwierdzenia powyższych stosunków, akuszerki nie mogą wkraczać czynnie i mają tylko jedną jedyną drogę przed sobą, wezwanie lekarza, który już długo przedtem powinien był być przy chorej. W stosunkach prawidłowych, gdzie wody odejdą nawet przedwcześnie przy ustalonej główce, badanie wewnętrzne rodzącej z tego powodu jest całkiem zbędne.

W b. Galicji, za czasów austrjackich, nazywano po wsiach i miasteczkach akuszerki „krajsbabkami". W tem określeniu jest wiele złośliwości ale i wiele prawdy. Akuszerki nie dały ludności niczego lepszego, co dawały jej babki. Gorączki połogowe zabierają dzisiaj może i więcej ofiar niż przedtem. Ale za to wzrosły osobiste wymogi narzuconych ludności przez powiat lub gminy „krajsbabek". Przybyły nowe urzędowe placówki „kurfuszerek". Higjena ciąży porodu i połogu, higjena niemowlęcia nie ruszyły z miejsca. Nadzieje związane z wprowadzeniem akuszerek zupełnie zawiodły. Czują to dobrze ludzie wsi i bronią swych babek. Nie widzą tego tylko czynniki powołane do nadzoru akuszerek.

W nieorjentowaniu się w stosunkach porodowych leży przyczyna braku cierpliwości akuszerek w prowadzeniu porodu. Akuszerkom śpieszy się stale. Nigdy nie mają czasu. Nie rozumiejąc mechanizmu porodu chciałyby przyśpieszyć czas jego trwania wedle swej woli i potrzeby, i przebijają bezmyślnie pęcherz płodowy bez względu na stan porodu i wskazanie ze strony bólów porodowych przy nierozwiniętej jeszcze szyjce macicy, przy niezanikłem ujściu zewnętrznem, często ujściu grubem, niepodatnem u pierwiastki, a u wieloródek, gdy średnica rozwarcia się ujścia nie dochodzi do 6—8 cm narażając tem samem matkę i dziecko na ciężkie szkody. W ich pojęciu każdy prawie poród przeciąga się. Długość trwania porodu obliczają według czasu, jaki upłynął między ich przybyciem do chorej a końcem porodu. Chwalą się dlatego często, że kończą porody w ciągu kilku godzin. Nie pamiętają, czego ich uczono, że pęcherz płodowy pęka po 15 godz. trwania porodu a u wieloródek po 10 godz. przy ujściu zewnętrznem macicy całkiem lub prawie całkiem otwartem. Efekt przedwczesnego przebicia pęcherza jest najczęściej chybionym. Akuszerki nie chcą jednak widzieć tego i nauczyć się czegokolwiek i robią po swojemu dalej narażając rodzące na zakażenia lub zakażając je palcem, który wprowadzają przy przebijaniu pęcherza wysoko w szyjkę macicy.

Akuszerki błądzą w braku cierpliwości i niedostatecznego przygotowania się do swego zawodu i tem, że wzywają rodzące do bezcelowego parcia a więc współpracy z macicą jeszcze przed otwarciem się zupełnem szyjki i wyczerpują je niepotrzebnie, bo przez to nie ułatwiają ani przyśpieszają porodu. Nie zastanawiają się nigdy, jaki charakter mają bóle porodowe, co bywa powodem czasami przykrych wypadków. Leczyłem chorą z ciężkiem obrażeniem sromu i krocza powstałego z powodu przeoczenia aku-

szerki bólów partych i pozwolenia rodzącej na opuszczenie łóżka i urodzenie dziecka na stojąco. W innym przypadku akuszerka przywiozła wozem do szpitala wiosną 1931 r. pierworódkę, która zgubiła po drodze swe dziecko. Jechali ciemną nocą. Chora odczuła w połowie drogi potrzebę oddania stolca. Akuszerka nie orjentując się w sytuacji usadowiła rodzącą w poprzek literki wozu, a podtrzymując ją za ręce poleciła jej przeć. Kobieta nigdy poprzednio nie rodziła, wyparła z siebie dziecko z łożyskiem, a te spadły na gościniec nie zauważone przez akuszerkę ani towarzyszącego im męża. Dopiero w szpitalu stwierdzono brak dziecka i popłodu.

Zdawałoby się, że może przecież w ostatniej chwili porodu staną akuszerki na wysokości swego zadania. Zaprzeczą temu krocza kobiet, które badamy przy sposobności leczenia chorób kobiecych. Potężny odsetek kobiet, które rodziły, wykazuje stare pęknięcia krocza, mniej lub więcej rozległe, których nie zeszyto przy porodzie z winy akuszerek. Akuszerki zatajają je świadomie, w ziej woli, nawet pytane o nie przez rodzące i ich otoczenie, uważając za ujmę dla siebie pęknięcie krocza. Często dzieje się to z ich winy, bo nie umieją podtrzymać krocza. Często wina leży w właściwościach samych tkanek mało elastycznych, rozciągliwych, które muszą pęknąć nawet przy celowej pracy akuszerki. Akuszerki wyjątkowo są wrażliwe na to. Naogół są nieczułe i pozostawiają pęknięcia krocza własnemu losowi, obojętne na kalectwo, w jakie prędzej czy później popada przez to kobieta. Niewezwanie lekarza dla zeszycia pękniętego krocza jest ciężkiem przewinieniem akuszerki, za które powinna akuszerka ponosić pełną odpowiedzialność prawną.

Obok matki i dziecko miałoby prawo domagać się dla siebie opieki i ochrony od akuszerki w czasie porodu. Przy dzisiejszem jednak wykształceniu akuszerek muszą biedactwa z tego zrezygnować, gdy akuszerka może wnioskować o jego życiu jedynie z tego, co mówi jej matka o ruchach płodu. Nie umieją słuchać, liczyć i ocenić nasilenie tonów serduszka płodu — akuszerka z reguły nie wie, co dzieje się z dzieckiem wśród porodu. I dobrze byłoby, gdyby akuszerka obserwowała przynajmniej wody płodowe od chwili pęknięcia pęcherza płodowego na ich ew. domieszkę krwi czy smółki... i wzywała w tej chwili lekarza w razie ich stwierdzenia w wodach. Ale akuszerki nie mogą i na to zdobyć się.

Tę samą skargę możnaby usłyszeć od niejednego ślepca włóczącego się po świecie, który oślepł, bo akuszerka po jego przyjściu na świat nie przemyła mu oczu i nie zakropliła do worków spojówkowych lapisu... a rzeżączka potem zżarła mu rogówki całkowicie lub częściowo. Statystyki oddziałów ocznych szpitali i klinik odnośnie do rzeżączkowego zapalenia spojówek u niemowląt stwierdzają niezbicie, jak potworne stosunki istnieją w tym względzie.

Podnosiłem już, że akuszerce śpieszy się zawsze, śpieszy się nawet wtedy, gdy nie ma innego zajęcia. Jej śpieszy się z odejściem łożyska, jej śpieszy się do domu. Nie ogląda więc łożyska i opuszcza swą chorą zaraz po porodzie niejednokrotnie nawet wtedy, gdy krwawiła silniej przy lub po odejściu łożyska. Przeżyłem wreszcie i takie przypadki niesumienności akuszerki, gdzie akuszerka zataiła świadomie zatrzymanie się w macicy dosyć znacznego kawałka łożyska, które wygniatała, w nadziei, że te resztki odejdą same. Krwotok gwałtowny z końcem 2-go tygodnia gorączkowego połogu odkrył dopiero istotny stan rzeczy.

Starałem się naszkicować wierny obraz położnej, pracującej u nas na wsi, po miasteczkach a nawet miastach, jak on przedstawia się w zwierciedle jej zawodu. Oparłem go na własnych przeżyciach i osobistem doświadczeniu, zdobytem w praktyce prywatnej i szpitalnej. Nie chcę krzywdzić memi uwagami wszystkich akuszerek. Stwierdzam dlatego, że spotkałem niejednokrotnie w praktyce doskonale wyszkolone i odpowiedzialne położne, postępujące według zasad sztuki położniczej i przepisów służbowych. Takie jednak mogę na palcach policzyć w środowiskach, w których pracowałem jako lekarz.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Stanisław HORNUNG. Lwów.

Sprawozdanie z Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Hadze i Amsterdamie we wrześniu 1932 r.

VIII. Zjazd Międzynarodowej Unji Przeciwgruźliczej obradował w b. roku w Holandji. W Zjeździe wzięło udział ponad 700 osób z różnych państw. Uczestników z Polski było kilkunastu; delegacji polskiej przewodniczył, jak i na poprzednich Zjazdach płk. Dr. St. Rudzki.

W pierwszym dniu obrad naukowych, t. j. 7-go września przedstawił Prof. B o r d e t (Bruksela) referat o *wzajemnym stosunku alergji i odporności w gruźlicy*.

Alergję należy uważać za czynnik pożyteczny w zwalczaniu zakażenia gruźliczego. Dzisiejsze jednak wiadomości nie pozwalają na bliższe jej ujęcie i zdefinjowanie oraz na wyznaczenie jej odpowiedniego miejsca w rzędzie różnych sił obronnych ustroju. Alergja jest jedynie cząstką nabytej odporności — a prócz nabytej istnieje przecież i wrodzona naturalna odporność, której znaczenia nie można lekceważyć, a według zdania coraz liczniejszych autorów, wartość jej jest decydująca. Alergja jest przedewszystkiem pożądana dla osobników, którzy znajdują się na pograniczu podatności i odporności na zakażenie i tę okoliczność należy mieć na oku, gdy się przystępuje do zapobiegawczego stosowania szczepień ochronnych.

Referent porusza sprawę alergji niespecyficznej (S e l t e r i B o r d e t), zmienności i wahań rozmaitych czynników odpornościowych i podkreśla, że alergja nie dopuszcza do rozmnażania się zarazków w ustroju, zabezpiecza ustrój przed generalizacją i przedstawia pewnego rodzaju ochronę przed zakażeniem wtórnem, a nie posiada najmniejszego znaczenia w przebiegu gojenia się istniejącego ogniska gruźliczego. Alergja ma pewne cechy pokrewne z anafilaksją i idjosynkrazją, a jednak jest to zjawisko odrębne.

Prof. A l d e r s h o f (Utrecht) przyjmuje, że wprawdzie alergja i odporność w gruźlicy dość często występują obok siebie, jednak niema dowodu na ich związek przyczynowy.

Prof. C u m m i n s (Cardiff) uważa alergję za czynnik szkodliwy dla procesu zdrowienia w gruźlicy. Koreferent podaje następnie spostrzeżenia uzyskane u murzynów w Afryce, oddziaływujących na tuberkulinę, których po pewnym czasie poddano badaniu i stwierdzono przytem, że na gruźlicę zapadli przedewszystkiem ci, którzy wykazywali bardzo silny odczyn tuberkulinowy. Znajdujący się w tych samych warunkach murzyni, u których odczyn tuberkulinowy był słaby, w znacznie mniejszym odsetku zachorowali na gruźlicę.

Prof. D a r a n y i (Budapeszt) porusza sprawę alergji innych narządów oprócz skóry i zaznacza, że alergja skóry występuje naogół później i może być ukryta. W wielu przypadkach zachodzi konieczność wprowadzenia pojęć paraalergji i *paraimmunitas*.

Prof. D e b r é (Paryż) w metodycznym referacie przedstawia definicję odporności i alergji. Niema wprawdzie równoległości między zachowaniem się alergji i odporności, natomiast nie dowiedziono dotychczas, że alergja nie wywołuje odporności, jak i że odporności nie musi towarzyszyć alergja, t. zn., że oba zjawiska mogą wystąpić każde zosobna.

J e n s e n (Kopenhaga) uważa odczyn tuberkulinowy za jedyny sposób pozwalający na wglądnięcie we wzajemne stosunki zachodzące między prątkiem Kocha a komórkami ustroju, a tem samem na stwierdzenie wystąpienia odporności.

Prof. K i m l a (Praga) jest zdania, że do odczynów alergicznych należy zaliczyć, prócz fenomenu Kocha wtórną gruźlicę, jak zołzy, naciek podobojczykowy i niektóre postacie gruźlicy skóry (sarkoidy).

Prof. L a n g e (Berlin) podkreśla znaczenie niespecyficznej odporności wrodzonej w procesach zdrowienia przy gruźlicy.

Prof. O t t o l e n g h i (Bolonja) rozważa znaczenie alergji, której miarą jest odczyn tuberkulinowy, ze stanowiska higjenisty-epidemjologa.

W a l l g r e n (Göteborg) przytacza wyniki badań Heimbecka, świadczące o znaczeniu alergji wywołanej szczepieniem BCG w ochronie przed zachorowaniem na gruźlicę.

W h i t e (Waszyngton) donosi o badaniach autorów amerykańskich (Sabin, Seibert, Andersen), którym udało się uzyskać z prątków gruźliczych szereg ciał chemicznych, które każde zosobna wywołują inne działanie, przy wprowadzeniu do ustroju zwierzęcia gruźliczego.

W dyskusji wzięło udział ponad 20 uczonych i lekarzy. Prof. C a l m e t t e (Paryż) porusza sprawę szczepień zapomocą BCG i stwierdza, że wystąpienie alergji gruźliczej po wprowadzeniu BCG dowodzi istnienia stanu premunicji. J a q u e r o d (Leysin) podkreśla, że dzieci o bardzo silnym odczynie tuberkulinowym są zwykle chore, a u dorosłych przeciwnie, z pośród chorych o podobnym stanie klinicznym, ten będzie miał lepsze rokowanie, u którego odczyn tuberkulinowy jest silniejszy. Z Polaków zabierali głos: S k i b i ń s k i [1]) (Zakopane), który przedstawił swoje doświadczenia nad wpływem ciał jak folikulina, *corpus luteum* i heparyna na przebieg „odczynu hamowania" i D a n i e l s k i (Lwów). Poza tem przemawiali: K i r c h n e r (Hamburg-Eppendorf), S c h r ö d e r (Niemcy), N a s t a, P o p p e r (Rumunja), M a l a n C o n s t a n t i n i (Włochy), W e i l - H a l l é (Francja), S a y é (Hiszpanja), C e p u l i c, N e d e l k o w i c (Jugosławja) i inni.

W dniu 8. IX. Prof. S a y é (Barcelona) wystąpił jako sprawozdawca tematu: *o chryzoterapji gruźlicy*. Leczenie złotem gruźlicy

[1]) Pojawi się w druku w P. G. L.

zaczęto stosować w szerszym zakresie od chwili wprowadzenia do lecznictwa sanokryzyny przez Möllgaarda. Referent stosował wyłącznie powyższe połączenie złotowe, a o skuteczności innych preparatów nie wypowiada swego zdania.

Własne wyniki referenta były bardzo dobre; wyleczenie kliniczne uzyskano u chorych leżących w 61,1% a poprawę w 14,4%; u chorych ambulatoryjnych wyleczenie w 53,2%, a poprawę w 28,2%. Objawy uboczne były dość częste, jednak tylko wyjątkowo poważne (u 3—10% chorych); wielkość dawki była w tym wypadku bez znaczenia.

Szczególnie dobre wyniki można uzyskać w przypadkach wczesnych gruźlicy płuc, „w stadjum preklinicznem", oraz u dzieci. Referent zaleca stosowanie złota w przychodniach przeciwgruźliczych. Najlepsze wyniki można uzyskać przy zastosowaniu większych dawek (0,02 na kg wagi), a ogólna dawka nie powinna przekraczać 12—14 g.

Entuzjastyczne nieomal stanowisko Prof. Sayé nie znalazło oddźwięku u większości obradujących.

Burns-Amberson (Nowy Jork) wypowiada się przeciw dalszemu stosowaniu złota w gruźlicy przytaczając swoje ujemne doświadczenia lecznicze, oraz częstość i gwałtowność objawów ubocznych.

Prof. Bocchetti (Rzym) zajmuje stanowisko krytyczne w odniesieniu do leczenia złotem. Podobnie jak i Burrell (Londyn) uważa, że leczenie sanatoryjne daje lepsze wyniki od chryzoterapji.

Ameuille (Paryż) powiada, że wyleczenie po zastosowaniu związków złota można niekiedy uzyskać wcześniej jak innemi metodami. Dokładna ocena wyników leczniczych w gruźlicy płuc natrafia jednak na trudności, ponieważ nie znamy częstości samoistnych wyleczeń.

Prof. Faber (Kopenhaga) uważa chryzoterapję za metodę, której nie można zastąpić innemi, nawet leczeniem sanatoryjnem. Koreferent uzyskał najlepsze wyniki we wczesnych postaciach gruźlicy, gdy schorzenie nie trwało dłużej jak 6 miesięcy. Wielkie dawki są mniej skuteczne jak mniejsze; najodpowiedniejszemi są dawki 0,05—0,6 g, a suma dawek na jedno leczenie nie powinna przekraczać 6 g. Objawy uboczne występują najczęściej po większych dawkach.

Jaquerod (Leysin) wyraża zdanie, że trwałe zniknięcie prątków z plwociny występuje rzadko. Większe dawki są skuteczne w przewlekłych i włóknistych postaciach gruźlicy płuc.

Prof. Rencki (Lwów) uważa, że preparatom złota nie można przypisać bezpośrednich własności bakterjobójczych. Działają one na przebieg procesów gruźliczych pośrednio przez wpływ na procesy tkankowe, a w szczególności przez podrażnienie układu siateczkowo-śródbłonkowego. Chryzoterapja staje w walce z gruźlicą obok innych metod leczniczych, jako metoda pomocnicza, która nie powinna konkurować z innemi sposobami leczenia, w szczególności z odmą piersiową. Leczenie złotem nie powinno nigdy stać się przyczyną odłożenia na później leczenia zapadowego i niewykorzystania odpowiedniego momentu do zastosowania tej metody. Dalsze badania kliniczne i doświadczalne nad leczniczem działaniem połączeń złota — być może — utrwalą ich stanowisko, gdyż dotychczasowe niejednostajne wyniki lecznicze nie pozwalają na wypowiedzenie ostatecznego sądu.

Schröder (Schömberg) zaleca stosowanie złota w zawiesinie olejowej, śródmięśniowo. Do leczenia złotem nadają się przedewszystkiem przypadki o nieuszkodzonym układzie siateczkowo-śródbłonkowym, a mianowicie postacie wytwórcze, włókniste.

Prof. Valtis (Ateny) zajął stanowisko najbardziej zbliżone do zapatrywań głównego referenta.

W ożywionej dyskusji większość mówców zajęła stanowisko krytyczne, względnie wyczekujące w sprawie stosowania złota przy gruźlicy. Jedynie niektórzy lekarze duńscy (Secher) jak i francuscy (Dumarest, Mollard) podzielali zdanie Prof. Sayé o wielkiej skuteczności tego sposobu leczenia. Rudzki (Warszawa) stosował aurosan i allochryzynę w około 100 przypadkach i uzyskał przytem w procesach ostrych wysiękowych poprawę w 20%, w przypadkach przewlekłych poprawę w 40%. Dąbrowski (Warszawa) stosował leczenie złotem w 203 przypadkach, przeważnie ciężkich, z dodatnim wynikiem w około 30%. Martyszewski (Otwock) uważa chryzoterapję za skuteczną w przypadkach gruźlicy płuc, z przewagą zmian wytwórczych. Blümel (Halle) uważa leczenie tuberkulinowe za odpowiedniejsze w gruźlicy płuc, jak leczenie złotem, podobnie i Amrein (Arosa). Poza tem przemawiali Möllgaard, L. Bernard i wielu innych.

W dniu 9. IX. obrady toczyły się nad sprawą *opieki posanatoryjnej*. Główny referent Vos z Hellendoorn w Holandji przedstawił powyższe zagadnienie w obszernych wywodach, jako konieczne uzupełnienie leczenia sanatoryjnego. Ilość osób wymagających opieki, po opuszczeniu sanatorjum może ulec zmniejszeniu, dzięki postępowi wiedzy lekarskiej, który pozwala na wyleczenie kliniczne i powrót do trwałej i zupełnej zdolności do pracy coraz to liczniejszych chorych, a następnie przez przeprowadzenie leczenia pracą i zaprawy do pracy, jeszcze w czasie pobytu chorego w sanatorjum. Chorzy częściowo zdolni do pracy, powinni otrzymywać pomoc przez czas swego inwalidztwa. Najodpowiedniejszą rzeczą dla nich jest praca w warsztatach pozostających w łączności z lecznicami dla gruźliczych. Z chwilą odzyskania pełni sił powinni ozdrowieńcy wracać do swych zwykłych zajęć. Chorzy stale niezdolni do pracy, wymagający stałej opieki lekarskiej winni być umieszczeni w osiedlach dla gruźliczych, przystosowanych do zajęć fizycznych w warsztatach przemysłowych, względnie do pracy na roli i w ogrodzie. Kierownictwo wszelkiego rodzaju takich zakładów musi spoczywać w ręku lekarzy. Zrealizowanie tego planu wymaga jednak bardzo wielkich wydatków. Stworzenie specjalnych warsztatów dla gruźliczych, umieszczonych na krańcu większych miast jest celowe, gdyż mogą w nich znaleźć zajęcie chwilowo niezdolni do pracy, którzy nie wymagają stałej opieki lekarskiej. Nadzór jednak nad takiemi warsztatami i wybór odpowiednich chorych powinien należeć do przychodni przeciwgruźliczej. Zmiana zawodu w czasie pobytu chorego w sanatorjum, względnie w innych zakładach opieki posanatoryjnej, jego przekształcenie zawodowe, powinno należeć do wyjątków.

Referent omawia powstanie i rozwój zakładów pracy dla chorych gruźliczych i osiedli, oraz sposób uzyskania odpowiedniej pracy dla chorych w różnych krajach. W Holandji istnieją warsztaty przy sanatorjach w Appeldoorn, Gennep, Almen i Hellendoorn, oraz sanatorjum Zonnenstraal, przeznaczone dla chorych, którzy w krótkim czasie po przyjęciu będą mogli oddać się pracy w warsztatach. Powstała również organizacja, która koordynuje pracę licznych zakładów, zajmuje się zbytem wyrobów i umieszczeniem chorych częściowo zdolnych do pracy w odpowiednich warunkach.

Blanco (Madryt) podkreśla ważną rolę przychodni przeciwgruźliczej w organizowaniu opieki posanatoryjnej.

Bresky (Praga), Brieger (Wrocław), Courtois i Olbrechts (Bruksela), Heitmann (Oslo), Pattison (Livingstone) przedstawiają odnośne stosunki w swoich krajach.

Guinard (Bligny) donosi, że we Francji powstaje osiedle dla 3000 osób gruźliczych, kosztem 60 miljonów franków.

Prof. Morelli (Rzym) podaje do wiadomości, że we Włoszech zostanie oddanych do użytku nowych 20.000 łóżek w sanatorjach i 3000 miejsc w zakładach opieki posanatoryjnej. Akcję tę zakrojoną na bardzo szeroką skalę umożliwiło wejście w życie ustawy faszystowskiej o ubezpieczeniu od gruźlicy.

Stevart (Manitoba) uważa, że nauczanie i kształcenie chorych w czasie ich pobytu w sanatorjum jest tak dla młodych jak i starszych z wielu względów bardzo pożądane.

Williams (Londyn) uważa istniejące w Anglji urządzenia opieki posanatoryjnej za niewystarczające i zakreśla pewien plan działania pokrywający się w zasadzie z postulatami głównego referenta.

W dyskusji podkreślano konieczność leczenia pracą przez długi czas; zbyt krótki okres pracy pod kontrolą lekarską nie prowadzi do celu. Maher (New Haven) uważa opiekę posanatoryjną za zbyteczną z chwilą, gdy chorym umożliwi się wystarczająco długie leczenie w sanatorjach i doprowadzi się ich do klinicznego wyleczenia. Alexander (Agra) donosi o swoich dodatnich doświadczeniach z wprowadzeniem zajęć umysłowych u inteligentnych chorych sanatoryjnych.

W czasie Zjazdu odbyło się szereg przyjęć wydanych dla uczestników przez J. W. Królowę Matkę, Prezydenta Rady Ministrów, burmistrzów Hagi i Amsterdamu. Polskich uczestników przyjął nadzwyczaj gościnnie Min. pełnomocny p. Babiński w Hadze.

Po ukończeniu Zjazdu odbyły się wycieczki, które miały na celu zaznajomienie uczestników z urządzeniami przeciwgruźliczemi w Holandji, w pierwszym rzędzie zakładami opieki posanatoryjnej

W myśl zaszczytnej dla Polski uchwały, następny Zjazd Międzynarodowej Unji dla walki z gruźlicą odbędzie się w r. 1934 w Warszawie. Zadaniem Władz i orgnizacyj zainteresowanych w walce z gruźlicą w Polsce będzie odpowiednie wzorowe przygotowanie Zjazdu, który bezwątpienia może mieć wielkie znaczenie propagandowe dla Polski.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, Nr. 10, 1932. K. Krzeczkowski: Światowy kryzys ubezpieczeń społecznych. — H. Greniewski i A. Wanatowski: Statystyka wypadków w przemyśle górnośląskim. — E. Birski: Drogi rozwoju medycyny a ubezpieczenia społeczne.

Zdrowie, Nr. 19—20 z 15. X. J. Danielski: W sprawie ochrony macierzyństwa i organizacji pomocy położniczej. — H. Hilarowicz: Zagadnienia lekarskie budowy i urządzenia nowoczesnych klinik i oddziałów chirurgicznych.

Przegląd Trachomatologji, Nr. 3, 1932. J. Szymański: Zarys badań nad etjologją jaglicy. — M. Karbowski: O leczeniu jaglicy zapomocą wysysania. — M. Mantinband: W sprawie rozpowszechnienia jaglicy wśród młodzieży. — J. Mikulińska: Zwalczanie jaglicy we Lwowie.

Nowiny Społeczno-Lekarskie, Nr. 21, 1932: J. Landau: Jak uzdrowić praktykę lekarską. — N. Metelski: Zurzędniczenie stanu lekarskiego. — J. Engleberg: W sprawie egzekwowania należności za leczenie.

Wiadomości Kas Chorych, Nr. 20, 1932. H. Kłuszyński: Zagadnienie ekonomicznego lecznictwa w K. Ch. — K. Reich: Badania pracowników młodocianych w K. Ch. w Krakowie w r. 1931. — Z. Świder: Działalność Poradni Przeciwgruźliczej K. Ch. w Pabjanicach.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Nr. 95, 1932. J. Glass: O mocznicy pozanerkowej. — S. Tenenbaum: Przypadek ciężkiej krwawiączki leczony nateiną. — F. Gleichgewicht: Przypadek zatrucia lekowego o niezwykłym przebiegu.

Wiadomości Farmaceutyczne, Nr. 46, 1932. F. Sianko: Surowce krzemionkowe oraz ich przetwory.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Badania nad pigmentacyjną marskością wątroby. M. VILLARET, L. JUSTIN-BEZANCON i R. EVAN. Pres. Méd. 34, 1932.

Przyczyny powstawania pigmentacyjnej marskości wątroby są takie same jak zwykłej marskości tj. alkohol i kiła. Marskość pigmentacyjna występuje głównie u mężczyzn, objawy chorobowe nie różnią się od objawów innej marskości, zależą one bowiem tylko od tego, czy jest marskość przerostowa czy zanikowa, a nie od tego, czy jest pigment. Marskość zanikowa przebiega zawsze szybciej, niedomoga wątroby wyraźniej występuje i prędko zjawiają się objawy ze strony żyły bramnej (puchlina). Marskość pigmentacyjna nie może być uważana za osobną jednostkę chorobową, chociaż idzie ona z zaburzeniami przemiany żelaza, substancyj melaninowych i węglowodanów, dlatego też autorowie uważają za najlepszy podział na marskość zanikową (typu Laënnec'a) lub przerostową (typu Hanot'a - Gilbert'a) z towarzyszeniem syderozy, cukrzycy lub przebarwienia skóry.

Skowroński (Lwów).

Czarna żółć i kamica żółciowa. B. DESPLAŚ i J. DALSACE. Pres. Méd. 28, 1932.

Autorowie opisują zespół objawów chorobowych, które obserwowali u osobników wydzielających przez zgłębnik dwunastnicowy czarną żółć (zaburzenia jelitowe, ból w prawem podżebrzu, objawy psychiczne) i podają, że często tym objawom towarzyszy kamica żółciowa. Czarna żółć pochodzi z wątroby a nie z woreczka żółciowego. Stężenie soli mineralnych wydzielanych przez taką żółć jest małe i zachowuje się przeciwnie jak wydzielanie barwików żółciowych. Większość takich chorych da się uleczyć przez drenowanie woreczka żółciowego i przewodu żółciowego przy równoczesnem stosowaniu środków leczniczych farmakologicznych i podawaniu wód mineralnych.

Skowroński (Lwów).

Kamica żółciowa bez zapalenia woreczka żółciowego i postępowanie chirurgiczne. L. BÉRARD i P. MALLEY-GUY. Pres. Méd. 27, 1932.

Autorowie omawiają patogenezę kamicy żółciowej t. zw. aseptycznej (chociaż można wtedy wykazać drobnoustroje), przy której niema jeszcze zapalenia woreczka żółciowego. Taką kamicę można rozpoznać na podstawie badania przy pomocy zgłębnika dwunastniczego i cholecystografji. Niektóre przypadki takiej kamicy nadają się do leczenia chirurgicznego. Autorowie wykonywali cholecystostomję i na podstawie kilku obserwowanych przypadków podają, że woreczek żółciowy po usunięciu kamieni spełniał swą czynność zupełnie normalnie, co stwierdzili badaniami przy pomocy zgłębnika dwunastnicowego. Nie wszystkie jednak kamice mogą być tym sposobem wyleczone, wiele przypadków kamic nawet aseptycznych trzeba zczasem operować radykalnie przez wycięcie woreczka żółciowego.

Skowroński (Lwów).

Leczenie zasadami ostrego zapalenia pęcherza moczowego. TH. HRYNTSCHAK. Med. Klin. 43, 1931.

Przy leczeniu ostrego zapalenia pęcherza moczowego zasadami ustępują szybko objawy podmiotowe i przedmiotowe. Teoretyczne wytłumaczenie mechanizmu tego działania opiera się na tem, że w ognisku zapalnem powstaje odczyn kwaśny, który leczeniem zasadami neutralizujemy, utrudniając rozwój bakteryj chorobotwórczych. W diecie ograniczamy białko: jak ser, jaja, mięso, zaś obficie podajemy owoce, jarzyny oraz wielkie ilości wód alkalicznych. Jako zasady podajemy: *natr. bicarb.*, — *natr. citr.*, — *magn. citr. aa*, 3 razy dziennie, łyżkę stołową po jedzeniu w 2—3 godz.

Godlowski (Kraków).

Przedziurawienia esicy z wewnątrz. G. AIGROT. Pres. Méd. 18, 1932.

Autor opisuje 10 przypadków przedziurawień esicy od wewnątrz, spowodowanych przez ciało obce, przez wrzody, przez uchyłki i przez raka, podając uwagi o ich powstawaniu i leczeniu.

Skowroński (Lwów).

Dwa przypadki nowotworu przysadki z zaburzeniami wzrostu. ARTWIŃSKI i BORSZTEIN. Neurol. Pol. XIV. 1931.

1) W przyp. 30 l. kobiety nastąpiło około 13 r. życia zatrzymanie wzrostu i rozwoju narządów płciowych; w dalszym przebiegu znaczne wychudzenie i moczówka prosta. Przed trzema laty wystąpiły bóle głowy, potem zanik tarcz nerwów wzrokowych, połowicze niedowidzenie skroniowe po lewej stronie i połowiczy prawostronny niedowład. Rentgenologicznie siodełko spłaszczone, ponad niem złogi wapienne.

2) 18-letni chory, wzrost 136 cm, waga 35 i pół kg. Narządy płciowe rozwinięte jak u 3-letniego dziecka, brak drugorzędnych cech płciowych. Neurologicznie oczopląs, porażenie prawego n. VI., zanik tarcz nerwów wzrokowych i niedowidzenie skroniowe lewostronne. Rentgenologicznie siodełko zniekształcone. Przemiana podstawowa obniżona.

Przypadek 1) zaliczają autorzy do grupy *„dystrophia cachecto-genitalis hypophysaria“* Zondeka; uważają, że guz wychodzi z przewodu przysadki i uciska przedni jej płat. W przypadku 2) przyjmują karłowatość przysadkową.

N. N. (Lwów).

Mikrobiologja i serologja.

Biologja krętka bladego. R. WEIGL. Rocznik Psychjatryczny 1932 r.

W krótkim, zwięzłym referacie przedstawia autor najnowsze zagadnienia z biologji krętka bladego, uwydatniając znakomicie ogólnobiologiczne tło tych spraw i ich praktyczne znaczenie w medycynie.

Przedewszystkiem omawia zagadnienie typu neurotropowego krętka kiły i jego stosunku do zwykłej, t. j. dermotropowej odmiany tego zarazka.

Odrzuca — jako niedowiedzioną i bezkrytycznie wysuwaną koncepcję rozrodu płciowego krętków, mającej za podstawę zapatrywania Enderleina, przyznając zarazem, iż — o ileby ta koncepcja dowiedzioną została, — pozwalałaby na łatwe wytłumaczenie różnorodności cech antygenowych i chorobotwórczych poszczególnych gatunków bakteryj.

Odrzucając możliwości rozrodu płciowego lub cyklu rozwojowego u krętków wypowiada się autor za powstawaniem, — w zależności od warunków życiowych drobnoustroju, — 2 różnych fenotypów, jednego zasadniczego biotypu krętka bladego (dimorfizm). Powstanie typu neurotropowego zależeć musi tak od właściwości (rasy?) krętka bladego, jak i wrażliwości organizmu ludzkiego. Na wytwarzanie się jego wpływać też będzie specjalne podłoże, jakiem jest tkanka nerwowa, którą autor uważa za podłoże raczej złe dla drobnoustrojów, a przez to pobudzające do wytwarzania różnych odmian. Temi też warunkami, spotykanemi w tkance nerwowej tłumaczy autor wytwarzanie się w niej jakby postaci spoczynkowych krętków, które, chronione równocześnie od ciał odpornościowych organizmu utrzymywać się mogą w mózgu długie okresy czasu, nie rozmnażając się i nie powodując żadnych zmian chorobowych.

Drugiem zagadnieniem, to istota czynnika chorobotwórczego w porażennem zapaleniu mózgu, występującem tak często obecnie jako powikłanie rozmaitych schorzeń (ospa, opryszczka, kiła itd.). Analizując sprawę patogenezy porażenia postępującego, odrzuca autor możliwość wytłumaczenia analogicznego do hipotezy K. Nicolle'a o postaci widzialnej i niewidzialnej (przesączalnej) zarazka duru osutkowego, skłaniając się ze swej strony do wytłumaczenia istoty tego schorzenia w sposób, przypominający zapatrywania Doerra na istotę bakterjofagów a może i Carrela na istotę czynnika chorobotwórczego w mięsaku kur.

Autor uważa, iż dla wytłumaczenia zjawiska lizy bakteryjnej możnaby obok sposobów tłumaczenia jej pracą żyjącego pasorzyta (bakterjofag d'Herelle'a) lub też działaniem produktów enzymatycznych, wydzielanych przez same bakterje, ulegające lizie, — przyjąć także i trzecią możliwość, iż t. zw. bakterjofag jest jakąś substancją autokatalityczną, t. j. posiadającą zdolność odbudowywania substancji własnego ciała z produktów uskutecznionego przez siebie rozkładu, a więc „substancją, która nie żyje, ale rośnie i rozmnaża się".

Analogicznie w procesach zapalenia mózgu możnaby sobie wyobrazić, iż jako skutek rozkładu tkanki nerwowej pod działaniem jakiegoś czynnika chorobotwórczego, np. krętka bladego, powstają pewne produkty rozpadu, niewidzialne, przesączalne, swoiste w działaniu (celofagi), bardzo trujące, które s a m e znowu działają niszcząco na tkankę nerwową, przyczem produktem tego zniszczenia będą znów te same substancje. Czynnik ten, wytwarzany z tkanki nerwowej nie miałby nic wspólnego z zarazkiem kiły, który powstanie jego wywołał; z chwilą gdy już raz powstał, może się samodzielnie rozmnażać bez obecności krętka bladego.

Taka hipoteza o czynniku, wywołującym zapalenie porażenne mózgu wyjaśniałaby tę ciekawą obserwację, iż materjały zakaźne rozmaitego pochodzenia przez wielokrotne pasaże mózgowe we własnościach swych coraz silniej się do siebie zbliżają i upodabniają, — wszak wszystkie tworzyłyby się z tej samej, rozkładanej tkanki nerwowej.

Dodatkowo zaznaczę, iż autor francuskie pojęcie *„virus"* tłumaczy słowem „jad". Tymczasem zdawiendawna używamy tego słowa dla spolszczenia „toksyny", co zresztą i w uchwałach Tow. Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich zostało ustalone. Używanie takich określeń jak np. „jad (toksyna) tężcowy" i „jad (zarazek) wścieklizny" może doprowadzić do nieporozumień, — i sam autor zresztą używa słowa „jad" w tem dwojakiem znaczeniu. Sądzę, iż dla pojęcia *„virus"* znaleźćby należało inne określenie polskie (wirus, czynnik zakaźny, zakaźnik?).

St. Legeżyński (Lwów).

Badania nad ultrawirusem gruźliczym. G. SANARELLI, A. ALESSANDRINI. Annales de l'Institut Pasteur, T. XLVIII, 1932. Nr. 2.

Przesącze bakteryjne przez sączki porcelanowe, których otworki (pory) są szersze, niż rozmiary bakteryj, a których działanie polega na adsorpcji, mogą nieraz zawierać bakterje lub ich odłamki i nie mogą służyć jako dowód istnienia czynnika przesączalnego. Autorzy niniejszej pracy używali przez siebie sporządzonych woreczków z kolodjum, których ściany działają jak błony organiczne. Na dowód, że bakterje przez błony te przejść nie mogą, przytaczają argumenty fizyczne i biologiczne: do woreczka takiego wlewają zawiesinę zjadliwych drobnoustrojów, i odpowiednio zamknąwszy, wszywają do jamy otrzewnowej zwierząt laboratoryjnych; woreczek przebywa miesiącami — zwierzęta nie chorują; po miesiącach zawiesina okazuje się nadal zjadliwą. Okazuje się, że przez ściany woreczka nie dyfundują również ektotoksyny (np. błonicy i tężca), będące substancjami koloidalnemi.

Jeśli w woreczku takim umieścić hodowlę prątka gruźliczego typu bydlęcego i wszyć woreczek do otrzewnej świnki morskiej, świnka pada po kilku lub kilkunastu tygodniach. Sekcja wykazuje z reguły gruźlicę typu Calmette-Valtis, t. j. wyniszczenie ogólne bez obecności gruzełków. W gruczołach limfatycznych tych zwierząt wykazać można nieliczne prątki kwasooporne, gruzełków nie stwierdza się nigdy. Prątki znalezione uważać należy za zregenerowane z postaci przesączalnej, gdyż w razie, gdyby przeszły z hodowli woreczka, dałyby gruźlicę gruzełkową typu Villemin, choćby postać o nielicznych prątkach, a nie gruźlicę typu Calmette-Valtis. Narządy tych zwierząt szczepione innym, dają zwykle znowu gruźlicę typu Calmette-Valtis, a w dalszych pasażach dopiero typową gruźlicę gruzełkową. Autorzy podają szereg pomysłowych badań kontrolnych, z których zdaje się wynikać, że prątek jako taki przez błonę przedostać się nie może.

Kielanowski jun. (Lwów).

O wrażliwości na tuberkulinę u dzieci szczepionych doustnie szczepionką BCG. R. R. DEBRÉ, M. LELONG, MLLE PICTET. Annales de l'Institut Pasteur, T. XLIX, 1932, Nr. 1.

Autorzy robili badania na wielkim materjale dzieci wychowywanych w zakładzie zamkniętym, w warunkach takich, że wszelki kontakt z osobami choremi na gruźlicę można było wykluczyć. U 297 dzieci wykonano w sposób typowy szczepienie BCG. U 193 dzieci kontrolnych, nieszczepionych nie wystąpiła w żadnym przypadku alergja na tuberkulinę, co świadczy z jednej strony o tem, że dziecko nieszczepione i niezakażone nie może w żadnym przypadku wykazywać reakcji dodatniej na tuberkulinę, a z drugiej strony o rygorystycznej dokładności i czystości techniki doświadczeń.

Wśród 297 dzieci szczepionych wystąpiła alergja u 97%. Autorzy dzielą ją na 3 stopnie:

1) Wrażliwość wyraźna: dodatni odczyn skórny i wśródskórny przy użyciu do 2 mg tuberkuliny. 2) Wrażliwość słaba: odczyn wśródskórny dodatni na 2 mg — 1 cg tuberkuliny. 3) Wrażliwość zaznaczona: odczyn wśródskórny przy użyciu 1 cg tuberkuliny daje wynik wątpliwy (zaznaczony).

Nawet ten trzeci stopień nie wystąpił nigdy u dzieci nieszczepionych i nie mających kontaktu z chorem otoczeniem. Pośród dzieci szczepionych po urodzeniu, alergja występuje u 3 miesięcznych w 73%, u 6 miesięcznych w 89%, u rocznych w 91%, u dwuletnich w 97%. Alergja raz nabyta i ustalona pozostaje trwałą w tym samym stopniu (t. j. 1, 2 albo 3) do lat 5-ciu, w którym to wieku dzieci usuwały się z pod obserwacji. „Symbioza, która ustala się pomiędzy prątkiem-szczepionką a organizmem dziecka, wydaje się więc trwałą".

Kielanowski jun. (Lwów).

Miejscowa anafilaksja bierna. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, A. HUGO i P. GIRAUD. Pres. Méd. 28, 1932.

Autorowie stwierdzili, że nie można u zwierząt doświadczalnych wywołać biernej anafilaksji przez przeniesienie ciał anafilaktycznych, t. j. wstrzyknięcie surowicy człowieka uczulonego, ponieważ objawy czasem występujące po wstrzyknięciu wywoływacza nie są charakterystyczne dla wstrząsu anafilaktycznego, ale raczej są wstrząsem białkowym. Natomiast próba Praussnitz-Küstnera, t. j. miejscowe przeniesienie ciał anafilaktycznych z człowieka na człowieka daje pewne wyniki. Zastrzyk doskórny 1/10 cm³ surowicy człowieka uczulonego innemu człowiekowi sprowadza miejscowe uczulenie, które wyraża się tem, że zastrzyk wywoływacza w 24 godzin później w to samo miejsce powoduje silną reakcję. Autorowie podają technikę tej próby, wspominając, że surowica nie powinna być stara. Podają również sposób przygotowania wyciągu wywoływaczy, oraz modyfikację powyższej próby. Ponadto omawiają badania przeprowadzone nad przenoszeniem ciał anafilaktycznych z człowieka na królika, z królika na królika i z królika na człowieka. Próby te wypadły negatywnie tak, że tylko z człowieka na człowieka można miejscową bierną anafilaksję przenieść.

Skowroński (Lwów).

Przypadek zapalenia mózgu po szczepieniu ochronnem przeciwdurowem. J. MORAWIECKA. Neurol. Pol. XIV. 1931.

U 21-letniego żołnierza wystąpiły dwa dni po szczepieniu przeciw ospie i durowi brzusznemu (P. Z. H. — 0,5 cm³), dreszcze, osłabienie, drętwienie lewej kończyny dolnej, potem pozostałych kończyn i ból głowy. Po 9-ciu dniach wykonano drugie szczepienie (1 cm³). Odtąd rozwinęły się w przeciągu dwu miesięcy: kurczowy niedowład kończyn, utrudnienie chodzenia, zaburzenia mowy, połykania i oddychania. Przedmiotowo stwierdzono objawy opuszkowe i piramidowe, czuciowe i móżdżkowe, które odpowiadają kilku ogniskom, rozsianym w moście. Podostry przebieg i zmiany płynu mózgowo-rdzeniowego przemawiają za sprawą zapalną. Nawet nieznaczne zaburzenia po pierwszem szczepieniu należy uważać za przeciwwskazanie do dalszego szczepienia.

N. N. (Lwów).

Badanie krwi na obecność chininy i znaczenie jego dla leczenia zimnicy. (Quinine Analysis of the Blood with Reference to the Treatment of Malaria). J. H. ST. JOHN. The Amer. Journ. of Tropical Med. 1932, Nr. 2.

Badania poziomu chininy we krwi sposobem Veddera i Masena po doustnem podaniu kapsułek z siarczanem chininy wskazują na to, że przez odpowiednie dawkowanie i tempo kolejno po sobie następujących dawek leku — jesteśmy w stanie zwierciadło chininy we krwi utrzymać przez czas pewien na pożądanym poziomie. Jądrem zagadnienia jest pytanie, jak wysokim pozostać musi poziom chininy we krwi, by z niej wyeliminować skutecznie pasorzyty. O ile chodzi o zimnicę szczepioną, to dawka dzienna 30 *grains*, po której następują dalsze, mniejsze dawki podawane przez dłuższy czas osiągają zamierzony skutek. Gorzej jest z tem, że przemiana chininy w ustroju chorych i zdolność utrzymania się jej w nim na potrzebnym poziomie zależna jest od właściwości osobniczych. Fakt ten tłumaczy zjawisko nawrotów zimnicy u chorych leczonych starannie i dodatnie wyniki w wypadkach, gdzie użyto dawek napozór niewystarczających. Dalsze badania nad zimnicą prawdziwą wyjaśnią niejedno z tych ciekawych problemów.

Eug. Krajewski (Katowice).

Studja nad zimnicą z krwiomoczem. (Studies in Black-Water Fever). UPENDRANATH BRAHMACHARI i PHANINDRANATH BRAHMACHARI. The Amer. Journ. of Tropical Med. 1932. Nr. 2.

Ciałka czerwone osobników cierpiących na zimnicę, powikłaną krwiomoczem (*„Schwarzwasserfieber", „Black-Water Fever"*) okazują się w badaniu *in vitro* bardziej na chininę wrażliwe niż osobników zdrowych. Różnicy tej nie zauważa się jednak przed wystąpieniem hemoglobinurji, w czasie czynnej hemolizy po podaniu chininy i po zniknięciu hemoglobinurji. Nie dowodzą jednak te doświadczenia, by chinina bezpośrednio oddziaływała na erytrocyty.

Eug. Krajewski (Katowice).

Węgiel drzewny zmieszany z zielenią paryską zastosowany do niszczenia larw Anofelesa. PAUL F. RUSSEL i AUGUSTUS P. WEST. The Philippine Journal of Science. 1932, Nr. 3.

Węgiel drzewny Filipinów nadaje się doskonale, jak wskazują badania laboratoryjne, z uwagi na łatwość pływania, mieszania i rozpylania, dla celów larwobójczych. Posiada on nadto tę zaletę, że jest tani.

Eug. Krajewski (Katowice).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 17. maja 1932 roku.

1. Protokół posiedzenia naukowo-administracyjnego z dnia 10. maja b. r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Bibljoteki Tow.

3. Kol. Uliński H. (członek T-wa) przedstawił a) przypadek *„Xantomatosis capitis, faciei et colli".* (Streszczenie własne): Dane dotyczące tego przypadku, Dr. Uliński otrzymał od docenta Dra M. Grzybowskiego z prawem podania tych danych przy demonstracji chorej.

Kobieta Sz. T. l. 55. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W dzieciństwie odra i ospa, później 3 razy zapalenie płuc i „powiększenie serca". Wogóle jest bardzo nerwowa, wrażliwa. Od 24 r. życia leczy się ciągle „na nerwy". Miesiączkowała od 24 do 48 roku życia, z kilkoma przerwami dłuższemi (3 miesiące do półtora roku). *Menses* trwały 3—4 dni, były średnio obfite. Nie roniła. Rodziła 2 razy. Dzieci urodziły się zdrowe (jedno zmarło w półtora roku po urodzeniu, drugie żyje i jest zdrowe). Choroba obecna rozpoczęła się w 1916 r. żółtawemi plamkami początkowo na powiekach, potem na szyi i głowie. Występowanie twardych guzków spostrzegła po raz pierwszy przed $2^1/_2$ laty. Spostrzegła ujemny wpływ denerwowania się na powstawanie zmian chorobowych.

Stan obecny. Budowa asteniczna. Podściółka tłuszczowa bardzo skąpa. Odruchy źrenicowe i ścięgniste prawidłowe. Tarczyca niepowiększona. Płuca: przytłumienie nad lewym szczytem, rozsiane rzężenia nad całem lewem płucem, oddech pęcherzykowy zaostrzony, miejscami chuchający. Serce powiększone w kierunku lewym, uderzenie koniuszkowe na lewej linji pachowej przedniej, tony głuche. Tętno 90 na 1 m., równe miarowe, słabo napięte i wypełnione. Wątroba i śledziona niepowiększone. Skóra naogół łojotokowa, mało elastyczna. Uwłosienie na wzgórku łonowym skąpe, pod pachami zaledwie zaznaczone. Na kończynach dolnych — żylaki. Obrzęków niema. Zmiany chorobowe o charakterze występujących współrzędnie i zlewających się z sobą żółtych kępek płaskich i guzkowatych zajmują umiarowo: 1) powieki górne i dolne i najbliższe okolice oczodołów, przechodząc wąskiemi pasmami na boczne powierzchnie nosa i skronie; 2) powierzchnie boczne szyi, okolice obojczyków i górną część mostka w kształcie ślimaka; 3) skórę uwłosioną głowy — całkowicie na tyłogłowiu oraz w postaci blaszek pojedyńczych, częściowo pozbawionych włosów na przedniej i bocznych powierzchniach głowy; 4) wykwit pojedyńczy guzkowy na lewem ramieniu; 5) z śluzówek widocznych zajęte jest jedynie podniebienie miękkie, gdzie widzimy rozlane zabarwienie żółte bez zmiany spoistości.

Powierzchnia wykwitów jest przeważnie gładka, słomkowo-żółta, miejscami tylko bardzo żółta i lekko zbróżdżona (powierzchnie boczne szyi). Granice zmian są ostre, odgraniczone od skóry zdrowej pasmem wąskiem skóry zaróżowionej. Zmian w moczu niema. Badanie krwi morfologiczne. Krwinek — 3,920.000. Hb. 67%. Leukoc. 5.600, obojętnochł. 64%, kwasochł. 1%, monocytów 4.5%, limfocytów 30,5%.

Badanie chemiczne — hipoglikemja — 0,74‰. Cholesteryna — 1‰. Wkońcu prelegent wspomniał o podziale żółtych kępek na pospolite *(x. vulgare)* i moczówkowe *(x diabeticum).* Pospolite miewają dwie odmiany: a) płaska *(x. planum)* i b) guzowate *(x. tuberosum).* Dalej wspomniał o budowie k. żółtych i o przyczynach rozsianej uogólnionej postaci. Wreszcie omówił sprawę leczenia żółtych kępek.

b) *Dwa przypadki wilka rumieniowatego (Lupus erythematodes).* Oba — nieleczone dotychczas.

Przypadek pierwszy dotyczy mężczyzny, lat 55, dotkniętego tą chorobą umiarowo na obu policzkach i małżowinach usznych od $6^1/_2$ lat. W środku ognisk na policzkach— blizny, a po brzegach — łuski białoszare, po zeskrobaniu których widać od spodu czopki, tkwiące mocno w rozszerzonych gruczołach łojowych. Na małżowinach usznych również blizny, a obok łuski. Przypadek drugi dotyczy młodzieńca, lat 18, dotkniętego chorobą od 6 miesięcy o postaci powierzchownej. Na obu policzkach — umiarowo blaszki szarobrunatne z czopkami od spodu, wnikającemi do rozszerzonych gruczołów łojowych. Skóra naokoło lekko nacieczona. Do zaniku skóry nie doszło.

Obaj chorzy będą skierowani do leczenia w gabinecie światłoleczniczym.

4. Kol. Bronowski S. (członek T-wa) omówił *„Ostre i przewlekłe zapalenie wsierdzia oraz jego leczenie"* (streszczenie własne).

Naogół zapalenie wsierdzia zdarza się daleko częściej, niż klinicznie rozpoznajemy, a nawet częściej, niż je podejrzewamy. Dowodzą tego wyniki badań sekcyjnych, podczas których bardzo często stwierdzamy tylko nieznaczne zmiany chorobowe na brzegach zastawek (nawarstwienia brodawkowate wielkości główki od szpilki, ograniczone zmętnienia na powierzchni wsierdzia), podczas gdy za życia nie można było stwierdzić nawet najsłabszych objawów zajęcia serca. Przyczyny powyższej sprzeczności szukać należy w tem, iż zmiany chorobowe wsierdzia i naczyń, umiejscowione poza zastawkami i otworami sercowemi, bardzo często nie dają wyraźniejszych klinicznych objawów przedmiotowych, na których podstawie można byłoby z całą pewnością stwierdzić zapalenie wsierdzia. Skryte ostre lub przewlekłe zapalenie wsierdzia początkowo nie daje się stanowczo stwierdzić na podstawie objawów klinicznych, czyli można je tylko podejrzewać.

Ostre skryte zapalenie wsierdzia można przypuszczać wówczas, kiedy ustrój świeżo uległ silnemu zakażeniu i kiedy obok wysokiej gorączki stwierdzamy tylko wyraźną niedomogę mięśnia sercowego.

Zmiany anatomiczne na wsierdziu w tym okresie choroby nie zdążyły jeszcze rozwinąć się do tego stopnia, aby się ujawniały w klinicznych objawach (szmery sercowe, powiększenie wymiarów serca), samą zaś niedomogę sercową jesteśmy skłonni tłumaczyć ogólnem zatruciem ustroju, zwłaszcza zaś porażeniem t. zw. serca obwodowego, czyli naczyń krwionośnych. Po kilku dniach kliniczny obraz najczęściej się wyjaśnia tak, iż ostre, dotąd skryte, zapalenie wsierdzia ujawnia się, lecz tylko wtedy, jeżeli sprawa zapalna umiejscowiła się na zastawkach albo w otworach sercowych. Jeżeli natomiast sprawa chorobowa toczy się na ścianie komory sercowej *(endocarditis parietalis),* zapalenie wsierdzia może nadal pozostawać w stanie utajonym jeszcze przez długi czas. Wówczas napotykamy olbrzymie trudności rozpoznawcze.

O rozpoznaniu zapalenia wsierdzia należy bardzo poważnie myśleć, jeżeli objawy ogólnego zatrucia ustroju ustępują, stan zaś gorączkowy utrzymuje się i jeżeli poza sercem nigdzie w ustroju nie możemy wykryć ognisk zarazków, natomiast na pierwszy plan obrazu klinicznego występują objawy niedomogi sercowej, mianowicie: lekka sinica, napadowe kołatanie serca, duszność, niemiarowość tętna, występująca po słabych ruchach; np. po podniesieniu ręki, a nawet po dłuższej rozmowie; powiększenie wymiarów serca, puste i małe tętno, wreszcie t. zw. *pulsus paradoxus.*

Skryte przewlekłe zapalenie wsierdzia naogół jest daleko trudniej rozpoznać. Wspomnieliśmy już, iż ta sprawa chorobowa zdarza się o wiele częściej, niżby się nam zdawać mogło, jednakże aż do wyjaśnienia lub do wyraźniejszego ujawnienia sprawy przez kilkakrotne obostrzenie mogą minąć miesiące, a nawet lata całe.

Należy przeto zgrupować dane, na których słusznie moglibyśmy opierać rozpoznanie skrytego przewlekłego zapalenia wsierdzia.

1) W szeregu niedostatecznie wyjaśnionych przyczyn stanów podgorączkowych zapalenie wsierdzia zajmuje poczesne miejsce, zwłaszcza jeżeli stan podgorączkowy niestale się utrzymuje i nieprawidłowo występuje t. zn. jeżeli wzniesienia ciepłoty (często nie dochodzące do 0.5°) po kilku dniach bezgorączkowych zjawiają się zupełnie niespodziewanie i bez żadnych widocznych przyczyn, czę-

sto tylko wskutek może nadmiernych ruchów lub wzruszeń psychicznych. Chorzy często łączą te wzniesienia ze skargami na nieprawidłową lub przyśpieszoną czynność serca, łatwe męczenie się, kaszel, bóle w okolicy serca lub mostka, bezsenność i t. p.

2) Dokładny i drobiazgowy wywiad dostarcza nieraz bardzo cennego materjału rozpoznawczego. Chorzy nieraz wprost oświadczają, że lekarze kiedyś już stwierdzili u nich wyraźne zapalenie wsierdzia, albo podejrzane objawy ze strony serca, np. powiększenie jego wymiarów, lub szmery; podnoszą, że już nieraz przez szereg lat miewali wzniesienia ciepłoty (jak pod 1), np. w związku z pobytem w górach, nadmierną pracą fizyczną, przebytą grypą i t. p.; żalą się, że oddawna już męczy ich wchodzenie na schody, że nie znoszą kawy, napojów wyskokowych i t.p.

3) Należy zebrać wszelkie szczegóły kliniczne, służące do dokładnego badania serca zapomocą znanych metod, nie wyłączając rentgenografji, pomiarów ciśnienia krwi, zwłaszcza zaś określenia jakości tętna zapomocą tętnopisu, badania moczu i t. p.

Zaznaczę, że nawet nieznaczne objawy niemiarowości tętna powinny zwrócić uwagę na możliwość zajęcia wsierdzia, jeżeli tej niemiarowości towarzyszy podniesiona ciepłota, albo łatwe męczenie się chorego, lub lekka zadyszka, i t. p.

4) Stwierdzenie niedomogi mięśnia sercowego, np. sposobem Schrumpf'a i Martinek'a, silnie przechyla szalę rozpoznania na stronę zmian chorobowych wsierdzia, gdyż stan zapalny tej błony nie da się pomyśleć bez upośledzenia sprawności mięśnia sercowego. Rozpoznanie różniczkowe nastręcza najwięcej trudności, jeżeli obok stanu podgorączkowego stwierdzimy, np. zagęszczenie szczytów płuc *(induratio)*, a na zastawkach znamiona przebytej sprawy zapalnej wsierdzia (wadę serca). Wobec takiego zespołu objawów stale zadajemy sobie pytanie, która z tych dwu rzekomo wygasłych spraw jest przyczyną stanu podgorączkowego. Dodatni odczyn Pirquet'a, lichy stan odżywienia, dziedziczne obciążenie gruźlicą oczywiście rozstrzygnie na korzyść sprawy płucnej, natomiast dobry stan odżywienia, prawidłowe łaknienie, łatwe wyczerpanie się mięśnia sercowego — na korzyść zapalenia wsierdzia.

Najważniejszy jednak dowód trafnego rozpoznania skrytego zapalenia wsierdzia stanowi dodatni wynik następującego leczenia:

1) chory stale leży w łóżku nieraz całemi tygodniami, a nawet miesiącami (unikać gwałtowniejszych ruchów); 2) otrzymuje lekkostrawną dietę (podawać jedzenie często w małych ilościach naraz); 3) chronić chorego przed wzruszeniami psychicznemi.

Śmiało można twierdzić, że w leczeniu ostrego i przewlekłego zapalenia wsierdzia leżenie w łóżku stanowi najlepszy środek sercowy *(cardiacum)*. W leczeniu ostrego zapalenia wsierdzia należy stosować bardzo oględnie t. zw. leki sercowe. Przytem nie wolno zapominać, że osłabiona czynność serca może powodować powstawanie skrzepów w uszku lub komorze sercowej, spotęgowanie zaś tej czynności sprzyja odrywaniu się tych skrzepów i powstawaniu zatorów w płucach oraz innych narządach. Musimy przeto lawirować jak między Scyllą i Charybdą, kiedy podajemy dla skrzepienia serca kamforę, koraminę i wino, nalewkę *adonis vernalis*, dla uspokojenia zaś — brom, walerjanę i kodeinę.

Kaszel stanowi wielkie niebezpieczeństwo dla wszelkich postaci zapalenia wsierdzia. To też należy go hamować za wszelką cenę zapomocą znanych narkotyków.

Miejscowo na okolicę serca często stosują nalewkę jodową i *Mouches de Milan*.

Przeciwdziałanie samemu zakażeniu podawaniem w proszkach lub lewatywie urotropiny z salolem prowadzi do celu. Przeciwny jednak jestem wszelkim wstrzykiwaniom dożylnym, gdyż one zwykle przestraszają i bardzo podniecają chorego tak, iż w ogólnym wyniku pogarszają sprawę chorobową, toczącą się w sercu.

Dla chorego najgorzej przedstawia się rzecz wówczas, kiedy lekarz nie rozpoznał istniejącego zapalenia wsierdzia i przypisał przyczynę stanu podgorączkowego skrytej gruźlicy płuc lub gruczołów, stanowi zapalnemu pęcherzyka żółciowego, kobiecych narządów płciowych, przewlekłej zimnicy i t. p. Wówczas pobyt w górach, naświetlanie lampą kwarcową, wszelkie zabiegi wodolecznicze, gorące okłady na brzuch, nadmierne wysiłki fizyczne i t. p. czynniki, potęgując czynność serca, powodują zaognienie sprawy, toczącej się na wsierdziu, przyczyniają się do jej przejścia na otwory i zastawki sercowe tak, iż w ostateczności chory może nabyć co najmniej wyraźnej wady sercowej, której mógłby niechybnie uniknąć, gdyby mu wcześnie zapewniono możliwie największy spokój.

C. d. n.

LISTY DO REDAKCJI.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Przyznać muszę, że trudno mi prowadzić dyskusję na temat argumentów przytoczonych w liście Dra Kołosowskiego (P. G. L. Nr. 46) zwłaszcza wobec oświadczenia, że brak czasu i brak możności „szerszego zaznajamiania się z literaturą dermatologiczną, wśród której znajdują się 2 poważne prace Straszyńskiego, jako też warunki pracy na prowincji", nie pozwalają Drowi Kołosowskiemu korzystać z szerszej literatury.

Chciałbym tylko zaznaczyć, że napisałem list do Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej, po ukazaniu się w niej pracy Dra Kołosowskiego, nie dlatego, że „poczułem się dotkniętym z powodu odbierania mi palmy pierwszeństwa w odkryciu nowej metody domięśniowego stosowania ichtjolu", — ale pod wpływem przekonania, że Drowi Kołosowskiemu mogła być znana pierwsza moja praca na ten temat, umieszczona nie w piśmiennictwie obcem, ale właśnie w Polskiej Gazecie Lekarskiej (1925, Nr. 44), znanej i dostępnej wszystkim lekarzom w Polsce i że Dr. Kołosowski mógł podać w swej pracy dane z piśmiennictwa, dotyczące omawianego sposobu leczenia, w myśl zasad przestrzeganych w pracach naukowych.

Adam Straszyński.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

W numerze 45. P. G. L. z 6. XI. 1932 na stronicy 836 znajduje się notatka Izby Lekarskiej Lwowskiej, która komunikuje, że sprzeciwia się wszelkim emblematom na tabliczkach ogłoszeniowych lekarzy.

W licznych czasopismach lekarskich, a także w „Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich" znajdowały się ogłoszenia pewnej firmy, dostarczającej „międzynarodowe szyldy lekarskie". Faktycznie w jakiś czas po tych ogłoszeniach zgłosił się także w Stanisławowie u licznych lekarzy przedstawiciel tej firmy i oferował wymienione wyżej tabliczki. Natrafił on na podatny grunt, ponieważ na kilka tygodni przedtem jakaś „nieznana" ręka pewnej nocy usunęła lub zniszczyła licznym lekarzom tabliczki i tak każdy z poszkodowanych zamówił chętnie nową, „modną", polecana przez Naczelną Izbę Lekarską tabliczkę. Tabliczki nadeszły, prezentują się dość ładnie, są odpowiednich rozmiarów, „nie krzyczą".

Nie można żądać od całego szeregu lekarzy, którzy *bona fide* zakupili tabliczki z emblematami, tak jak były reklamowane w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich, aby obecnie inne tabliczki ogłoszeniowe zamówili. Sądzę, że Izba Lekarska Lwowska ogłosi wkrótce odpowiednie pouczenie w tej sprawie.

Dr. Rudolf Rubin, (Stanisławów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Wśród odznaczonych w rocznicę Niepodległości zauważyliśmy następujących lekarzy: prof. dr. Odon Bujwid, dr. Jan Kubisz z Cieszyna, prof. dr. Witold Orłowski, dr. Antoni Stefanowski z Warszawy (Krzyż Komandorski orderu Odrodzenia Polski), doc. dr. W. Czesław Czarnocki z Warszawy, płk. dr. Bolesław Szarecki (Krzyż Oficerski), dr. Jan Modrzewski z Lublina, dr. Stanisław Skalski z Łodzi (Krzyż Kawalerski).

W skład Państwowej Rady Oświecenia Publicznego weszli następujący lekarze: prof. dr. Mieczysław Michałowicz, jako delegat Naczelnej Izby Lekarskiej i płk. dr. Zygmunt Gilewicz, jako dyrektor Centr. Instytutu Wych. Fizycznego.

Prof. dr. Antoni Jurasz, dyrektor Kliniki chirurgicznej U. Poznańskiego obchodził w dniu 12 b. m. dwudziestopięciolecie swej pracy naukowej.

25. X. w sali posiedzeń Warsz. Tow. Lek. odbyły się uroczyste Akademje dla uczczenia zmarłych członków: dra Seweryna Sterlinga i dra Edwarda Flataua.

Częstochowa. W dniu 6 b. m. odbyła się uroczystość uczczenia 25 lat pracy szpitalnej kol. Wojciecha Stawnickiego. W sali Rady miejskiej przemówił do Jubilata Komisarz miasta p.

Mazur, wręczając Mu artystycznie wykonany akt mianowania jednej z sal szpitalnych jego imieniem. Następnie przemawiali kolejno: Kol. Szaniawski w imieniu lekarzy szpitalnych, składając w darze zbiorową fotografję ordynatorów wszystkich szpitali miejscowych; przedstawiciel pracowników Zarządu miasta dziękował Jubilatowi za Jego serdeczny stosunek do pacjentów; Kol. Batawia przemawiając w imieniu Tow. lekarskiego streścił przebieg życia Jubilata i Jego pracę na terenie Towarzystwa, w której uznaniu Tow. mianuje Jubilata swym członkiem honorowym; w imieniu Związku lekarzy przemawiał Kol. Łokczewski, podnosząc zalety Jubilata, jako wzorowego człowieka i członka Związku o nieskazitelnej etyce w życiu zawodowem.

Prof. Bujwid z Krakowa i prof. Nemec z Pragi zostali wybrani pierwszymi członkami honorowymi Stowarzyszenia „CSl společnost mikrobiologicka".

Zmarli.

Dnia 7 b. m. zmarł Dr. Stefan Schoengut-Strzemieński, długoletni Prezes Izby Lekarskiej w Krakowie, wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie, podpułkownik-lekarz W. P. w rezerwie, kawaler orderu Polonia Restituta.

Dnia 13 b. m. zmarł Dr. Bolesław Krysiewicz, naczelny lekarz szpitala św. Józefa w Poznaniu, zasłużony lekarz społecznik, członek redakcji „Nowin Lekarskich".

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Posiedzenie Naukowe Tow. Lekarskiego Warszawskiego odbyło się dnia 15 listopada 1932 r. 1. Bratkowski E. i Zaorski J.: Dwa przypadki schorzenia dróg żółciowych. 2. Galewski A.: Wpływ tarczycy i łożyska na obraz morfologiczny krwi. 3. Przesmycki F.: Bakterjologja zapaleń płuc. — 4. Stankiewicz R.: Patogeneza zapaleń płuc u dzieci.

XXVII Posiedzenie Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się 18. XI. b. m. Porządek dzienny: 1) Kol. Skrowaczewski, cz. Tow.: Ropień mózgu pochodzenia usznego (pokaz). 2) Pokaz chorych z kliniki otolaryngologicznej U. J. K. a) Kol. Zalewski, czł. Tow.: Przyp. kostniaka kości sitowej dużych rozmiarów. b) Kol. Szumowski, czł. Tow.: Dwa przypadki korekcji nosa siodełkowatego zapomocą autotransplantatów. c) Kol. Szumowski, czł. Tow.: Rzadki przypadek wady rozwojowej nosa. 3) Kol. Hornung St., czł. Tow. i Kol. Węgrzynowski, czł. Tow.: Sprawozdanie z międzynarodowego zjazdu przeciwgruźliczego w Holandji. Tematy główne: a) allergja a odporność w gruźlicy, b) chrysoterapja, c) opieka posanatoryjna.

Najbliższy międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się w Warszawie w r. 1934.

II Międzynarodowy Zjazd Mikrobiologiczny, który miał się odbyć w Berlinie w r. 1933, został ze względu na trudności ekonomiczne, odroczony do r. 1934.

Medycyna społeczna.

Lwów. W pierwszym tygodniu listopada zgłoszono w Miejskim Urzędzie Zdrowia zachorowań na dur brzuszny 8 + (2 zamiejscowe); czerwonkę (2); płonicę 20 + (1), zmarł 1; błonicę 10 + (2);odrę 2; krztusiec 10, zmarł 1; różę 3, zmarł 1; gruźlicę 16 + (8), zmarło 5.

Ostatni zeszyt „Przeglądu Trachomatologji" przynosi kilka dat statystycznych, które rzucają pewne światło na stan jaglicy w kraju.

Wiosną 1932 lekarz przychodni przeciwjaglicznej w Błoniu przeprowadził badania dzieci szkół powszechnych w powiecie. Na 7839 badanych znalazł 128 t. j. 1.6% chorych na jaglicę. Na 32 szkoły tylko w 3 nie stwierdzono jaglicy, w innych występowała ona w 0.6% do 10.5% dzieci.

Równocześnie ogłoszona statystyka Miejskiego Wydziału Zdrowia we Lwowie wykazuje na stałe zmniejszanie się zachorowań na jaglicę. W r. 1927 zgłoszono 373 przyp., w r. 1931 — 145. W szkołach lwowskich badano w r. 1927 14.954 dzieci i stwierdzono jaglicę u 0,32%, natomiast w r. 1931 na 18.137 badanych znaleziono 0,16% jaglicy.

Alastrim, łagodną postać ospy panującą endemicznie w U. S. A. opisali Ch. Chapin i J. Smith. Powstała prawdopodobnie drogą mutacji zarazka ospy klasycznej. W U. S. A. znana od 1896 r. nie zmieniła swego pierwotnego charakteru; z południowych Stanów rozpowszechniła się na dużych obszarach kuli ziemskiej. Wysypka jest powierzchowna, nie pozostawia dziobów, strupy szybko zasychają. Śmiertelność średnia waha się od 0,33—0,50%.

W Londynie wprowadzono przymus donoszenia o przypadkach zatruć pokarmowych.

W Kopenhadze otwarto 19. X. b. r. Instytut Biologiczny, poświęcony przedewszystkiem chorobie rakowej. Zbudowany z zasiłków, dostarczonych przez fundusz Rockefellera i fundusz Carlsberga, czerpiący — jak wiadomo — środki na cele naukowe z dochodów jednego z trzech browarów duńskich.

Sprawy zawodowe.

Zapotrzebowanie okulistów. Woj. Wydział zdrowia w Łodzi zwraca uwagę, że w Koninie, Łęczycy i Wieluniu pożądaneby było osiedlenie się okulistów, gdyż ludność tych powiatów jest silnie zajagliczona i pozbawiona fachowej pomocy okulistycznej. Okuliści, osiedlając się w tych miejscowościach mogą liczyć na poparcie miejscowych instytucyj leczniczych.

Komunikaty.

Komunikat Kolonji Leczniczej Dziecięcej im. Dr. med. Rektora J. Brudzińskiego „Górka" przy Zdroju w Busku, woj. Kieleckie. Sanatorjum dla dzieci od 4—14 lat, czynne cały rok, przyjmuje dzieci ze schorzeniami kośca (t. zw. gruźlica pozapłucna, reumatyzm, zapalenie szpiku kostnego), krzywicą, anemją, przymiotem i t. p. — Z dniem 1. XI. 1932 przyjmowane będą również dzieci nerwowe oraz cofnięte w rozwoju i upośledzone umysłowo. — Szkoła sanatoryjna przyjmuje dzieci wątłe, rekonwalescentów i t. p., które w czasie leczenia przechodzą normalny kurs szkolny. Opłaty niskie. Instytucja społeczna. Informacje pisemne pod adresem: Busko-Zdrój, Górka, tel. 18.

Wykład kliniczny przez radjo zostanie nadany dnia 2. XII. b. r. w czasie od godz. 19 do 19.20 przez stację Königswusterhausen. Dr. Leon Jacobsohn przeprowadzi repetitorjum badania serca wysłuchem. Inicjatorzy tego ciekawego przedsięwzięcia proszą PP. Kolegów, by wrażenia swoje komunikowali biuru dla spraw dokształcania lekarzy: Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW 7, Robert Koch — Platz 7.

Szczepionkę z krwi ozdrowieńców po chorobie Heine-Medina produkuje Państwowy Zakład Higjeny.

Różne.

W związku z dość licznemi wypadkami śmierci po stosowaniu domacicznem maści lub past dla wywołania poronienia (Interruptin, Antigravid, Provocol i inne) i na podstawie niekorzystnej opinji klinik i szpitali niemieckich wprowadziło pruskie ministerstwo zdrowia obostrzenia w nabywaniu powyższych środków. Recepta winna obecnie mieć dopisek, stwierdzający, iż środek ten stosowany będzie przez lekarza, położnym jest stosowanie jego ostro zabronione.

Na zachodniem wybrzeżu Istrji wybuchła epidemja zimnicy. Powodem jest prawdopodobnie wstrzymanie prac nad osuszaniem zalewów rzecznych.

Redakcja otrzymała.

M. Boigey. Manuel scientifique d'éducation physique. Masson. Paris. 1932.

Questions cliniques d'actualité. 3-e Série. Masson, Paris. 1932.

R. Reding. Le Terrain Cancéreux et Cansérisable. Masson, Paris 1932.

L. Sobieszczański: Szkic działalności lekarskiej Warsz. Tow. Doraźnej Pomocy Lekarskiej. Odb. Medycyna. Nr. 17, 1932.

Sprostowanie omyłek druku.

Nr. 46, str. 849, kolumna 1, wiersz 1 i 2 należy przenieść na str. 848 kolumnę 2 jako wiersze ostatnie po słowach *asocjacyjną pozosta-*

Nr. 46, strona 854 w ustępie p. t.: *Przypadek kliniczny choroby Picka"* zamiast wiersza przedostatniego ma być:
nozologiczną, tak ze względu na obraz kliniczny, jak i zmiany...